

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

ROSEMEIRE RAMOS ARAUJO

GESTANTES COM FATOR Rh NEGATIVO: A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Salvador

2016

GESTANTES COM FATOR Rh NEGATIVO: A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

PREGNANT WOMEN WITH FACTOR RH NEGATIVE: THE PERFORMANCE OF NURSES

ROSEMEIRE RAMOS ARAUJO¹

RESUMO

As gestantes com fator Rh negativo podem desenvolver uma incompatibilidade sanguínea materno fetal, que na maioria das vezes, está relacionado ao sistema Rh conhecido como antígeno D. Esta incompatibilidade se desenvolve quando a mãe Rh negativo tem um feto Rh positivo proveniente do pai e causa a Eritroblastose Fetal ou Doença Hemolítica Perinatal (DHPN), que leva a destruição das hemácias. Assim, o cuidado da enfermeira no pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce, acompanhamento e prevenção de danos à saúde da gestante. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica narrativa cujo o objetivo foi descrever os cuidados prestados pelo enfermeiro, às gestantes com fator Rh negativo. O levantamento bibliográfico foi realizado por meio dos descritores, Enfermeiro; Gestantes; Fator RH negativo; Eritroblastose Fetal; Doença Hemolítica Perinatal nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO); Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Foram encontrados 17 artigos e analisados 10 artigos. A partir dos resultados, pode-se descrever os cuidados prestados pelo enfermeiro a gestantes RH negativo, na gestação, durante o parto, após o parto e os principais diagnósticos de enfermagem e concluir que a atuação do enfermeiro juntamente com uma equipe multidisciplinar no pré-natal é essencial para o cuidado integral e humanizado das gestantes com fator RH negativo.

Palavras-chave: Doença hemolítica Perinatal; Enfermeiro; Eritroblastose Fetal; Fator Rh Negativo e Gestantes.

¹ Pós-graduanda do Curso de Especialização em Enfermagem em Obstétrica. E-mail: meirerose1_@hotmail.com

Artigo apresentado a Escola de Medicina e Saúde Pública Bahiana como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstetra, sob orientação da professora Carolina Pedroza de Carvalho Garcia. Salvador, 2016.

ABSTRAT

Pregnant women with Rh negative factor can develop a maternal fetal blood incompatibility, which most often is related to the Rh system known as antigen D. This incompatibility develops when the Rh negative mother has a Rh positive fetus from the father and causes Fetal erythroblastosis or hemolytic disease Perinatal (DHPN), which leads to destruction of red blood cells. Thus, care nurse in prenatal care is essential for early diagnosis, monitoring and prevention of damage to the health of pregnant women. It is a narrative bibliographical research whose aim was to describe the care provided by nurses, pregnant women with Rh negative factor. The bibliographic survey was conducted by the descriptors, Nurse; pregnant women; RH negative factor; Fetal erythroblastosis; Perinatal Hemolytic disease in databases: Scientific Electronic Library Online (SciELO); Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), Nursing Database (BDENF). There were 17 articles and 10 articles analyzed. From the results, one can describe the care provided by nurses to RH negative pregnant women during pregnancy, childbirth, postpartum and the main nursing diagnoses and concluded that the work of nurses along with a multidisciplinary team in the pre- christmas is essential for the integral and humanized care of pregnant women with negative RH factor.

Keywords: Perinatal hemolytic disease; Nurse; Fetal erythroblastosis; Factor Rh negative and pregnant women.

1. INTRODUÇÃO

As gestantes com fator Rh negativo podem desenvolver uma incompatibilidade sanguínea materno fetal, que na maioria dos casos está relacionado ao sistema RH, conhecido como antígeno D. Esta incompatibilidade é desencadeada quando a mãe Rh negativa tem um feto Rh positivo, proveniente do pai (ZUGAIB, 2016).

Na incompatibilidade do fator Rh negativo, pode se considera uma gestação de alto risco, porque apresenta consequências que variam de leve, moderada, a grave ao Recém-Nascido. A transmissão do fator Rh negativo é através de um gene dominante o antígeno D (ALMEIDA E SILVA,2008).

O fator Rh negativo é uma causa de incompatibilidade entre o sangue materno e o fetal; uma resposta ao sistema antigénico. Quando a mãe apresenta uma isomunização, ou seja, uma resposta imune aos antígenos das hemácias do feto, que entram em sua circulação. Esses anticorpos resultantes atravessam a placenta e provocam a destruição das hemácias do feto. Foram observados pela primeira vez em 1939, por Levine e Steston, que observaram a presença de um anticorpo no sangue da mulher, que tinha parido um natimorto com eritoblastose. O soro da mãe aglutinou não só o sangue da criança, como o do marido (ZIEGEL, 1985).

Eritoblastose fetal ou Doença Hemolítica Perinatal (DHPN), são afecções generalizadas, que causam transtornos devido a incompatibilidade materno fetal, com destruição das hemácias e presença de células jovens ou imaturas, conhecidas com eritoblastos na circulação periférica, levando a anemia; icterícia; hidropsia e em casos mais graves, a morte fetal (MONTENEGRO, 2015).

A etiologia da aloimunização RhD é decorrente da exposição a antígenos eritrocitários não compatíveis, através da transfusão de sangue incompatível, o uso de drogas intravenosas, transplantes e hemorragia, a principal causa feto-materna, em gestação de feto RhD positivo, com mãe RhD negativo (ZUGAIB, 2016).

Sabe - se que a fisiopatologia desta doença ocorre devido uma resposta imunológica à incompatibilidade de Rh - D e o feto acometido, onde a mãe, em algum momento, foi sensibilizada em ocasiões anteriores, como transfusão sanguínea incompatíveis, gestações prévias e até mesmo em sua vida fetal (FERNANDO, 2011).

O diagnóstico das gestantes Rh-D, acontece na primeira consulta do pré-natal através de exames. Nesta mesma ocasião, é verificado o grupo ABO e Rh,

assimilados e realizada também, uma pesquisa de anticorpos por meio do teste antiglobulina, método de Coombs (NEME, 1915).

Quanto ao tratamento, ocorre através da identificação de mulheres de risco da hemólise fetal e anemia; da avaliação do feto quanto a presença e grau de anemia; da transfusão de sangue intra - útero ou partos de fetos afetados (LAWRENCE, 2007).

No entanto todas as grávidas devem realizar o rastreamento de anticorpos na primeira visita ao pré-natal. Não havendo evidência de aloimunização anti-D na grávida Rh negativa, administra - se 300ug de imunoglobulina D, por via IM na gestação de 28 semanas. A mesma dose da imunoglobulina D é utilizada dentro de 72 horas do parto, quando o sangue do cordão umbilical for Rh positivo, sendo prudente repetir o teste de Coombs, antes da utilização da imunoglobulina, pois reduz a incidência da aloimunização, em mulheres que não precisam da imunoglobulina (NEME e MONTENEGRO, 2015).

Porém ainda hoje, existe uma grande deficiência em pré-natais incompletos ou de má qualidade, falta de conhecimentos dos profissionais sobre gestantes com fator Rh-negativo e condutas a serem realizadas, levando ao aumento das complicações dos casos de Doença Hemolítica Perinatal (DOMINGUES E CARVALHO,1979).

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo descrever os cuidados prestados pelo enfermeiro às gestantes com fator Rh negativo e com isso contribuir para a discussão da necessidade de profissionais capacitados em cuidar de gestantes com fator Rh negativo, com um pré-natal de qualidade, assistência, planejamento e desenvolvimento adequado, a fim de promover a diminuição da DHPN.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica narrativa, a qual consiste em descrever o estado de arte de um assunto específico, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Nesse sentido, realizou-se o levantamento bibliográfico e, em seguida, a coleta de informações contidas na bibliografia selecionada.

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio dos descritores, obtidos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Enfermeiro; Gestantes; Fator RH negativo; Eritroblastose Fetal; Doença Hemolítica Perinatal nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO); Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Sendo utilizadas, também, monografias, dissertações, protocolos, manuais, livros, Projetos e Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.

A seleção dos dados foi realizada através da leitura dos títulos e resumos, primariamente, a fim de identificar os artigos que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: estar disponível em português e em formato de texto completo. A seleção ocorreu no período de janeiro a maio de 2016, incluindo uma leitura seletiva e exploratória, verificando se existem ou não, informações a respeito do tema proposto e sua coesão com o objetivo do estudo.

Foram encontrados 17 artigos, dos quais 04 pertenciam à Scientific Electronic Library Online (SciELO); 3 foram encontradas na base Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e por fim, 10 na Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

A partir da leitura exploratória, foram selecionados 10 artigos que contemplavam o tema do presente estudo, mostrando a evolução dos cuidados prestados a gestantes RH negativo, pelo enfermeiro juntamente com a equipe multidisciplinar. Em contrapartida, foram excluídos 07, por abordarem temática

não pertinente ao objetivo de estudo e se apresentarem fora da língua vernácula.

A partir dos artigos selecionados, foi realizada uma leitura crítica e interpretativa com a necessária imparcialidade e objetividade, na qual se relacionou as informações descritas pelos autores, com o propósito do estudo, obtendo-se informações substanciais para embasar a seguinte vertente: a descrição dos cuidados prestados pelo enfermeiro a gestantes RH negativo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da análise dos resultados dos 10 artigos e algumas obras literárias foi possível descrever os cuidados prestados pelo enfermeiro a gestantes RH negativo, na gestação, durante o parto, após o parto e os principais diagnósticos de enfermagem, apresentados a seguir.

3.1 Momento da Gestação

Toda a literatura analisada neste estudo foram unânimes quanto ao pré-natal de qualidade, um dos cuidados fundamentais prestados pelos enfermeiros a gestantes RH negativo, visto que é na atenção básica que deve-se prestar uma assistência completa com ações vigilante, preventiva e planejada em conjunto com uma equipe multidisciplinar, promovendo a diminuição da DHPN, através do fator RH.

Os estudos de Zugaib 2016, apontam que a gestante RhD - negativo fica exposta ao sangue com células RhD - positivo, sucessivamente, por causa da hemorragia feto-materna, onde desenvolve anticorpos anti D, que atravessam a placenta, levando a destruição de eritrócitos fetais, conhecido como doença hemolítica perinatal.

Através de várias manifestações clínicas, variando entre anemia leve assintomática, hidropsia fetal com anemia grave, icterícia e até óbito fetal. O quadro I a seguir demonstra as principais formas de exposição materna ao sangue fetal (BRASIL, 2010).

Quadro I – Formas de exposição materna ao sangue fetal

Espontânea	Traumática
Momento do parto	Amniocentese
Deslocamento prematuro de placenta	Biopsia de vilosidades coriônicas
Abortamento espontâneo	Cordocentese
Morte fetal intra-útero	Abortamento induzido
Gestação ectópica	Transfusão sanguínea intrauterina
Mola hidatiforme	Versão externa
	Manipulação obstétrica
	Trauma abdominal

Fonte: (BRASIL, 2010).

O enfermeiro na Rotina do Pré-natal deve investigar o histórico da gestante Rh negativa, visando determinar a situação fetal e conduta obstétrica, pois a depende do caso, após os exames e confirmação da DHPN, deve-se encaminhar a gestante para um pré-natal de alto risco ou a depender da localidade, onde não exista assistência de alto risco, a enfermeira deve-se preparar juntamente com toda a equipe, para dar todo suporte de assistência a esta gestante (BRIZOT ,ML, et al. 2011,7).

Os enfermeiros devem saber e investigar os antecedentes da gestante como: histórias de transfusões, número de partos, perdas obstétricas, evolução das gestantes, recém-nascidos e toxicomania. Almeida e Silva (2008), complementam sobre a importância do exame físico, identificação dos

problemas em conjunto com a gestante, para se chegar a uma resposta e auxiliar na superação das dificuldades no papel importante a ser desenvolvidos pelos enfermeiros.

Montenegro e colaboradores 2008, enfatizam três pontos importantes no acompanhamento da assistência a gestante, a saber: Afirmação da incompatibilidade sanguínea entre o casal; Indicação da possível aloimunização materna. Se confirmada realizar-se monitorização do seu comportamento na gestação atual e por ultimo Avaliação das condições do concepto pela dosagem da espectrofotométrica da bilirrubina no liquido amniótico ou através de exames de Ultrassonografia, Doppler e Codoncetese.

É fundamental, os exames que devem ser solicitados pelo enfermeiro como:

Tipagem Sanguínea : da gestante Rh negativo investigando o subgrupo;

Tipagem Sanguínea Paterna: se a gestante for Rh negativo, onde só há risco quando o pai é Rh positivo; sendo a zigotagem opcional usado nos casos de maior gravidade;

Pesquisa de anticorpos irregulares antieritrocitários (teste indireto de coombs): sendo repetida de 30 a 60 dias ; níveis inferiores a 1:8 ou 1:10 não oferecem risco letal. A propedêutica não precisa ser continuada e o parto será a termo (CARMANO LUIS , et al, 2005, 146).

Porém, Domingues e Carvalho 1979, relatam que quando o resultado for negativo, deve-se repetir o teste com 28, 32, 36 e 40 semanas, para assim, ter mais seguridade na evolução do tratamento.

Na confirmação da DHPN, os enfermeiros devem solicitar os exames específicos descritos a seguir, para serem analisados, a depender de cada caso e assim, dar início ao tratamento, encaminhando a gestante para o pré-natal de alto risco ou unidade de referência e na ausência de ambos, tratar a gestante, em conjunto com a equipe multidisciplinar, preparada para dar toda a assistência adequada. Vale ressaltar, a necessidade de orientar e explicar sobre RhD-negativo, os exames solicitados a depender de cada caso, os cuidados

principalmente, com os traumas e a administração da vacina a imunoglobulina (RhoGAM) (BRIZOT ,ML, et al. 2011,7).

Estudo de Líquido amniótico: visando quantificar os pigmentos biliares onde os níveis são proporcionais à hemólise fetal. Este exame é indicado quando os níveis de anticorpos paternos forem iguais ou superiores a 1:16 ou 1:10. Sendo que o 1º deve ser pedido entre a **26º e 30º semanas**, em casos mais graves com evoluções de gestações e níveis de anticorpos abaixo de 1:64 ou 1:80 é repetido em intervalos de **7 a 15 dias**. Nos casos com ausência de hemólise não há preocupação parto segue a termo. Quando hemólise leve o parto tem que ser antecipado de **2 a 3 semanas**. Em casos de moderadas a grave, se houve maturidade fetal o parto deve ser antecipado. Mas quando não há viabilidade da antecipação a gestantes é submetida a exames e terapias mais sofisticadas.

Na Ultra-sonografia e dopplervelocimetria: método propedêutico pobre em prever o estado anêmico do conceito, detecta apenas os estados avançados de sua agressão. A dopplervelocimetria baseia-se no estado fisiológico do aumento da velocidade média da coluna de sangue, principalmente a aorta, mostrando o trabalho cardíaco e viscosidade sanguínea.

Monitorização fetal antenatal: exame específico na detecção de anemia fetal, muito importante para vitalidade fetal.

Cardiotocografia: é um método biofísico não invasivo de avaliação do bem-estar fetal. Consiste no registro gráfico da frequência cardíaca fetal e das contrações uterinas. É classificada em cardiotocografia anteparto (quando realizada antes do início do trabalho de parto) e intraparto.

A Transfusão Intrauterina: é um procedimento terapêutico fetal para a aloimunização a cordocentese, sendo guiada pela ultrassonografia onde determina a precisão do local da punção. Dando-se preferência para a punção

do cordão na inserção placentária, não realizado a cordocentese antes de 17 semanas de gestação, porque a hemólise fetal na aloimunização RhD necessita da maturação do sistema reticuloendotelial, que começa a partir desta idade gestacional. Muitos centros preferem começar a cordocentese a partir da 20 semana de gestação, quando o cordão já está mais espesso, permitindo um procedimento, mais seguro.

Segundo Vitorrello et al (1998), relatam que a técnica da transfusão intrauterina por cordocentese hoje, é considerada bem determinada e igualada mundialmente. Demonstrando que dificilmente aparecerá melhorias na técnica do procedimento, onde causaria um impacto na sobrevivência dos fetos que são indicados para a transfusão intrauterina.

Tratamento Adjuvante: a Plasmaférese, é um plasma contendo anticorpos é removido e substituído por plasma, albumina e solução salina, reduzindo-se assim diretamente os anticorpos maternos e indiretamente os anticorpos fetais. Onde alguns casos de aloimunização RhD grave, a plasmaférese pode adiar a necessidade de transfusões fetais. O procedimento é realizado entre 12 e 16 semanas de gestação, pois os níveis de IgG nesse período são 10 a 25% dos níveis maternos. A efetividade da troca do plasma deve ser determinada realizando medições semanais dos níveis de anticorpos-D, pois se interrompidas aumentam rapidamente e as vezes ocorre rebote após 24 e 26 semanas de gestação. Pode ser usado como tratamento de 1º escolha e isolado, mas pode ocorrer óbito fetal por aloimunização RhD grave.

Imunoglobulina Intravenosa: a imunoglobulina deve ser administrada antes da presença de anemia fetal e nos casos muitos graves, pode ser iniciada ainda em torno de 8 semanas de gestação. A dose recomendada é de 0,4 g/kg de peso materno por 3 dias consecutivos, devendo repetir a cada 3 semanas e manter o esquema durante a transfusões intrauterinas. O benefício maior desse tratamento é postergar a 1ª transfusão e aumenta os intervalos entre cada uma delas.

Montenegro 2015, recomenda aos profissionais o Consentimento informado, verbal ou escrito, deve ser obtido antes da administração da imunoglobulina Rh.

O Teste de Kleihauer: é um método padrão para a detecção da hemorragia feto-materna, tendo como objetivo determinar a quantidade de imunoglobulina anti-D que uma mulher Rh negativa deverá receber para a prevenção do desenvolvimento de anticorpos ou proteínas anormais que possam desenvolver contra seu feto. O projeto Diretrizes – Assistência Pré-natal, publicado pela Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, recomenda que o teste deve ser realizado após 20 semanas de gestação ou quando houver suspeita de hemorragia feto-materna de maior volume e após parto em gestantes Rh negativa não sensibilizadas com RN Rh positivo.

Fenobarbital: é um método medicamentoso de administração oral a mãe (30 mg, 3 vezes/ dia) pode ser considerado nos últimos 7 a 10 dias antes do parto com o objetivo de induzir a maturidade hepática e, por conseguinte melhorar a conjugação da bilirrubina.

Transfusão neonatal: a supressão da eritropoese não é comum após diversas transfusões. Esses fetos nascem com possíveis ausências de reticulócitos, onde suas hemácias quase inteiramente são formadas das células do doador. Visto que as exanguineotransfusões raramente são necessárias, os anticorpos maternos passivamente ficam na circulação materna por semanas. Tendo como consequência durante o tempo de 1 a 3 meses o recém-nascido podem necessitar de várias transfusões complementares. Sendo que os hematócritos e a contagem de reticulócitos neonatais devem ser realizados semanalmente e com o resultado de hematócrito < 30% no bebê sintomático ou < 20% no assintomático é indicado a transfusão (MONTENEGRO, 2015).

Fototerapia: sua ação exclusiva sobre a bilirrubina, tem emprego menor no tratamento da DHPN, serve como um coadjuvante. Na incompatibilidade ABO, ela reduz a necessidade de transfusão complementar. Esse recurso serve para tratar a hiperbilirrubenemias do recém-nascido (MOTENEGRO, 2015).

Manter o acompanhamento destas gestantes no pré-natal é fundamental, principalmente com uma equipe habilitada a lidar com a doença. Conforme o Protocolo Assistencial da Enfermeira Obstetra no Estado da Bahia 2014.

Os enfermeiros devem prestar atenção nos seguintes itens:

- Clínicos – (HAS, DM, Sorológicos, cirurgias prévias, comorbidades, imunizações, tipo sanguíneo, anemia grave, anemia falciforme entre outras);
- Obstétricos – (Gestações anteriores, citologia oncótica,;
- Perinatais – (prematuridades, peso dos filhos anteriores, macrossomia, baixo peso e fator RH;
- Idade materna – (maior risco em menores de 14 anos e maiores de 45 anos);
- Idade gestacional – (DUM confiável ou USG de até 14 semanas);
- Controle pré-natal – (Quantidade de consultas de pré-natal);
- Ganho de peso e altura uterina;
- Patologias durante a gravidez;
- Observar a linearidade da Tensão arterial (se aumentou, apresentou pico hipertensivo) (CRAMACHO, RITA et al, 2014, 20 e 21).

Os enfermeiros devem estar atentos as gestantes com fator RH, dando-lhes uma atenção especial às grávidas com maiores riscos. As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo (BRASIL, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde 2013, o indicado é uma avaliação pré-concepcional a consulta que o casal faz antes de uma gravidez, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. Constitui, assim, instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil.

Também na fase da gestação Domingues e Carvalho 1979, afirmaram que durante toda a gravidez, um dos meios preventivos de passagem de hemácias fetais para a mãe, é os profissionais orientar um suporte alimentar adequado, rico em vitaminas, sobretudo as cítricas, que terão ação benéfica sobre a permeabilidade capilar e melhorara o desenvolvimento do concepto.

Nardozza e colaboradores 2010, confirmam que no Brasil, a aloimunização Rh ainda é a principal causa de DHRN e anti-D como os principais responsáveis pela indicação da fototerapia ou exsanguíneo transfusão em recém-nascidos. Concordando que a profilaxia da imunoglobulina anti-D quando administrada na dose correta e antecipada, pode evitar a sensibilização ao antígeno D. Demonstrando então, que o conhecimento do Sistema RH é de grande importância entre os profissionais de obstetrícia e medicina transfusional.

Ziegel 1985. ressaltar que a incompatibilidade por Rh desenvolve um processo de hemólise bastante variável, podendo começar precocemente, na gestação sendo leve ou tão intenso, que provoque morte intra-uterina, devido anemia profunda, podendo começar também mais tarde e ser bastante suave, permitindo o nascimento de uma criança viva aparentemente normal e a hemólise a seguir, de modo variável, muitas vezes suave, outras podem afetar a medula óssea, fígado e baço. A anemia e icterícia ocorrem como consequência da destruição dos eritrócitos.

Baiochi e Nardozza 2009, orientam aos profissionais quando fizeram uso da imunoglobulina nas gestantes, deve se evitar o uso de vacinas de imunização ativa como as de vírus atenuados no caso: sarampo, rubéola, caxumba e varíola devem ser adiada por até três meses, após a última administração de imunoglobulina anti-D, devido à possibilidade de inativação e prejuízo de sua eficácia.

Sendo de suma importância que os enfermeiros orientem e expliquem as gestantes sobre Rh negativo, que pode desenvolver a DHPN, falando sobre os cuidados, exames a serem realizados, a depender de cada caso e sobre a administração da vacina, no momento necessário.

3.2 Momento do Parto

Segundo Zugaib (2016), para essas gestantes, o parto é antecipado sendo realizado entre 34 e 37 semanas, nos fetos tratados com transfusão intrauterina ou entre 37 e 40 semanas nos demais casos, sempre individualmente, cada caso. Relatando que a via de parto é de conduta obstétrica. Destacando-se que os partos a termo e sem intercorrências podem ser realizados pelos enfermeiros. Já as cesáreas, os prematuros e com intercorrências, pelos médicos e uma equipe multidisciplinar.

Segundo Domingues e Carvalho (1979), o momento do parto é um dos fatores que mais contribui para o aumento da transfusão feto-materna, durante a atividade contrátil uterina. Pois, neste momento, quando o parto for natural podem ocorrer manobras inesperadas sobre o fundo uterino, na expulsão ou dequitação como a de Kristeller, podendo agravar em partos com distorcias ou intervenções cirúrgicas. Ambos autores relatam que o uso da Ocitócito é contraindicado no 3º período do parto, antes do deslocamento e desprendimento da placenta, relacionado a sua ação contrátil uterina que leva ao aumento da pressão vascular (DOMINGUES, CARVALHO, 1979).

Neme e colaboradores 2000, reforçam que a assistência cuidadora deve ser proporcional a gestante, sendo que o parto Cesáreo, a extração manual da placenta, aumenta a frequência e o volume de hemorragia feto materna, crescendo assim, o risco da imunização se o feto for Rh positivo. Porém, os autores afirmam que nenhum procedimento obstétrico estar contraindicado a gestantes Rh negativo. Quanto ao cordão umbilical deve ser clampeado e

cortado de imediato para se evitar a intensificação da hemorragia feto materna. E contraindicam a ordenha do cordão.

3.3 No período do pós-parto:

O período pós-natal tem o objetivo de proteger as gestações futuras. Promove-se, na gestante com Rh negativo, a pesquisa do grupo sanguíneo e do fator Rh no sangue do recém-nascido, assim como o teste de Coombs direto para verificar a presença de anticorpos maternos anti-D no seu sangue. Se o recém-nascido for Rh positivo e seu Coombs direto for negativo, a mãe deverá receber a imunoglobulina protetora (BRASIL, 2013).

Lawrence 2007, reforça também no pós-parto, o pedido de exames de hemograma completo, bilirrubina e os outros, já enfatizados como grupo Rh e o teste de Coomb.

O Manual de AIDIP Neonatal 2013, reforça que os enfermeiros e profissionais devem saber examinar o bebê com icterícia, pois se aparece antes das 24 horas, deve ser considerada patológica.

Todas as mulheres com Rh negativo não sensibilizadas (Coombs indireto negativo) devem receber 300mcg de imunoglobulina anti-D, nas primeiras 72 horas, após o parto de um recém-nascido com Rh positivo e Coombs direto negativo. E caso tenha recebido alta, sem receber a imunoglobulina, esta tem até 28 dias após o parto, sendo que quanto mais tempo posterga menor, será o efeito. Assim, cabe ao enfermeiro a localização desta mulher (ZUGAIB, 2016).

Também o enfermeiro deve estar ciente que quando o pai é RhD-positivo ou fonte desconhecida e a mãe é RhD-negativo, a prevenção eficaz para isomunização do Fator Rh é a administração da imunoglobulina, dentro de 72 horas, após: abortamento; gestação ectópica; gestação molar; óbito intrauterino;

após procedimentos invasivos (amniocentese, biopsia de vilo corial, cordocentese); nas síndromes hemorrágicas durante a gestação (sacramento de repetição, placenta prévia), nestes casos estando gestante deve ser repetida a cada 12 semanas até o parto; na realização de versão cefálica externa e após transfusão de sangue incompatível (300 mg de imunoglobulina neutraliza 15 ml de concentrado de hemácias ou 300 ml de sangue total), sendo administrado 1.200 mg a cada 12 horas até completa a dose calculada (VITORELLE, et al, 1998); (NADORZA, et al, 2010); (ZUGAIB,2016).

É importante os profissionais obstétricos analisarem os diagnósticos pós-parto do recém-nascido, pois segundo Montenegro 2015, o exame do recém-nascido tem características, que são específicas do tipo da incompatibilidade e a sua forma clínica.

Mais ainda hoje, encontra-se profissionais que não sabem sobre uma assistência e cuidados prestados a gestantes Rh negativo ou realizaram um pré-natal inadequado para se evitar ou amenizar a DHPN, causada pelo RhD negativo, também se tem mães que tiveram filho, sofreram aborto, traumas, hemorragias, procedimentos invasivos ou outros fatores, sendo elas, RhD negativo e não foram orientadas, nem comunicadas sobre as condutas que deveriam ser seguidas.

3.4 Os Principais Diagnósticos de Enfermagem voltados para Gestantes com Fator Rh Negativo

Conforme Diagnóstico de Enfermagem da Nanda e Diagnósticos de Enfermagem, Intervenções, Prioridades e Fundamentos 2015, os principais diagnósticos de enfermagem voltados para gestantes com fator Rh negativo são:

Diagnóstico de Enfermagem	Fatores relacionados	Condutas
Ansiedade: Sentimento vago e desconforto ou pavor, a causa inespecífica ou desconhecida para indivíduo.	<ul style="list-style-type: none"> ● Estresse; ● Risco de alteração: condição saúde; situação financeira 	<ul style="list-style-type: none"> ● Rever os fatores familiares e fisiológicos; ● Estabelecer uma relação terapêutica e cuidados.
Comportamento desorganizado do lactente: Respostas fisiológicas e neurocomportamentais desintegradas de um lactente aos estímulos ambientais.	<ul style="list-style-type: none"> ● Pré-natais: Doença congênita ou genética; ● Individuais: Prematuridade; ● Pós-natais: Procedimento invasivo. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificar os fatores contribuintes e a gravidade da disfunção; ● Avaliar os reflexos de sucção, deglutição e engasgo do lactente; ● Promover o bem estar.
Conhecimento deficiente: deficiência de informação a respeito do tema abordado.	<ul style="list-style-type: none"> ● Exposição insuficiente; ● Interpretações errôneas; ● Falta de familiaridade com recursos informativos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Determina a mobilidade de acesso às informações e educação continuada.
Conforto prejudicado: Percepção da falta de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psíquica, ambiental, cultural e/ou social.	<ul style="list-style-type: none"> ● Controle situacional insuficiente; ● Recursos insuficiente (ex., financeiro, social, conhecimento); 	<ul style="list-style-type: none"> ● Avaliar fatores causadores e contribuintes; ● Promover o bem estar; ● Promover um estilo de vida que evite e atenuar complicações.
Icterícia Neonatal: coloração amarelada da pele e das mucosas do recém-nascido que persiste por mais de 24h.	<ul style="list-style-type: none"> ● O lactente encontra dificuldades para realizar a transição para a vida extrauterina; ● Recém-nascido com 1 a 7 dias de vida; 	<ul style="list-style-type: none"> ● Avaliar os fatores causadores/contribuintes; ● Determinar os grupos e tipo sanguíneo da mãe e do bebê; ● Avaliar o lactente para sinais de palidez, edema ou hepatoesplenomegalia. Esses sinais podem estar associados a hidropsia fetal. Incompatibilidade de Rh e hemólise intrauterina ● Seguir condutas de tratamento.
Risco de binômio mãe e feto perturbado: Vulnerabilidade à ruptura do binômio simbiótico mãe /feto em consequência de comorbidade ou condições, e que pode comprometer a saúde do feto.	<ul style="list-style-type: none"> ● Abuso de substância; ● Complicações das gestações (ruptura prematura de membranas, placenta prévia ou deslocamento, múltiplas gestações). ● Cuidado no Pré-natal inadequado; ● Transporte comprometido. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Avaliar os fatores causadores /predisponentes; ● Reconhecer fatores relacionados com a gravidez, ● Elaborar plano de cuidados e quem será responsável pelo planejamento de mãe e feto.

<p>Risco de crescimento desproporcional: Vulnerabilidade a crescimento acima do 97º percentil ou abaixo do 3º percentil para a idade, e que pode comprometer a saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Cuidador: Dificuldade de aprendizagem; Problema de Saúde mental; ● Individuais: Prematuridade; ● Pré-natais: Distúrbios congênitos ou genéticos; Múltiplas gestações; Exposição a Teatógenos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Evitar atenuar o desvio padrões de crescimento; ● Determina a idade e o estágio de crescimento atuais; ● Rever as expectativas quanto aos aspectos percentuais atuais de peso e altura e qualquer outro desvio.
<p>Segurança e proteção - Risco de Trauma: Vulnerabilidade à lesão tissular acidental que pode comprometer a saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● complicações pós-parto a exemplo atonia uterina e placenta retida; ● Complicações relativas á gravidez temos exemplos do rompimento prematuro da membrana; placenta prévia; deslocamento da placenta; multigestações;risco de queda e trauma. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Reconhecer os fatores de risco contribuintes do caso específico; ● Obter história da triagem pré-natal ; ● Monitorar cindições marteno fetal.

4. CONCLUSÃO

Foi observado na literatura analisada neste estudo que os enfermeiros são essências nos cuidados prestados a gestantes com fator Rh negativo, pois descrevem sua assistência adequada no pré-natal, no momento do parto e no pós-parto, trabalhando juntamente com uma equipe multiprofissional.

Porém, observou-se também a necessidade de capacitação dos enfermeiros e da equipe multidisciplinar para o cuidado de gestantes Rh negativo, para realizarem um pré-natal de qualidade com todo os cuidados e assistência necessária em conjunto com uma equipe multidisciplinar, com todo planejamento para redução DHPN.

Como limite do estudo, foram encontrados poucos artigos em língua vernácula, que abordem os cuidados prestados pelo enfermeiro e a equipe, é preciso mais materiais e estudos em língua vernácula voltados para o enfermeiro, a equipe

multidisciplinar e as gestantes com fator Rh negativo para conhecerem sobre o tema abordado e ampliar os conhecimentos sobre a temática.

Vitorello 1998 e outros autores concordam que no Brasil ainda existe um amplo caminho a ser percorrido em termos de prevenção da doença, disponibilização da imunoglobulina, uma educação continuada dos profissionais, que prestam assistência as gestantes com fator RhD negativo e uma maior conscientização do público e autoridades, quanto ao problema do aborto clandestino e a impossibilidade da prevenção da doença nesses casos.

Sugere-se a ampliação das maternidades e instituições para administração da imunoglobulina, devido a carência nas unidades de saúde, por só ser administradas em algumas maternidades de alto risco, em Salvador e em clínicas particulares e laboratórios, com custo muito alto, sendo que nem todas as gestantes, tem condições financeiras.

Também uma equipe multidisciplinar com conhecimento técnico e científico para cuidar das gestantes com fator RhD-negativo, com um olhar humanizado, criando um vínculo de confiança para esclarecer os medos, angústia e dúvidas das gestantes.

5. REFERÊNCIAS

AMORIM, MMR, Melo ASO, **Avaliação dos exames de rotina no pré-natal** (Parte 1). Rev .Bras. Ginecol. Obstet. 2009; 31(3):148-55,

ARAUJO, MA et al **Avaliação das subclasses IgG1 e IgG3 na doença hemolítica perinatal**, Rev. bras. hematol. hemoter. 2003;25(4):201-206,

BAIOCHI E, Nardoza LMM. **Aloimunização**. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009;31(6):311-9,

BRIZOT ML, Nishie EN, Liao AW, Zugaib M, Simões R. Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, Autoria: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia Elaboração Final: **Aloimunização Rh na Gestação**, 10 de outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e estratégicas. **Manual AIDIP neonatal** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Organização Pan-Americana de Saúde. - 5a. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 228 p.: il. – (Série A, Normas e Manuais técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

CAMANO, Luis. [et al]. **Guia de Obstetricia**. Manole, 2005.

CRAMACHO, Rita. [et al]. **Protocolo Assistencial da Enfermeira Obstetra no Estado da Bahia**. Salvador, 2014.

DOENGENS, marilynn E., 1922. **Diagnóstico de enfermagem: intervenções, prioridade, fundamentos/** Marilynn E. Doenes, Mary Frances Moorhouse, Alice C. Murr; evisão técnica Sônia Regina de Souza; (tradução Carlos Henrique Cosendey). - (Reimp.). - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2015.

DOMINGUES, E.F. e colaboradora - **Aspecto preventivo da assistencia de enfermagem a gestante portadora de sangue RH negativo**. Rev. Bras. Enf.; DF, 32 : 303-315, 1979.

FREITAS, Fernando. [et al.]. **Rotinas em obstetricia**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

LAWRENCE, Impey. **Obstetricia e Ginecologia**. São Paulo: 2007.

MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa,;REZENDE FILHO, Jorge de. **Obstetricia Fundamental**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa,;REZENDE FILHO, Jorge de. Doença Hemolítica perinatal In: **Obstetricia Fundamental**. 13 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2015.

NARDOZZA, LMM et al. **Bases Moleculares do sistema Rh e suas aplicações em obstetrícia e Medicina transfusional**, Rev .Assoc. Med. Bras. 2010; 56(6): 724

NEME, Bussamara. **Obstetricia Básica**. 2 ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

North American Nursing Diagnosis Association -NANDA. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação –2015/2017**. Porto Alegre: Artmed, 2015

PEREIRA, Pâmela do Caro Mesquita, Monografia: **Isoimunização Rh materna. Profilaxia, diagnóstico e tratamento: Aspectos atuais**.2012.

SCHMIDT, LC, Lobato MM, Corrêa Júnior MD , Cabral ACV. **Genotipagem RhD fetal não invasiva no acompanhamento de gestantes RhD negativo, FEMINA** | Julho 2011 | vol 39 | nº 7,

VITORELLO, Dorival Antônio et al. **Transfusão intra-uterina em fetos afetados pela doença hemolítica perinatal grave: um estudo descritivo**. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Abr 1998, vol.20, no.3, p.137-144. ISSN 0100-7203

ZIEGEL, Erna E.; CRANLEY, Mecca S.. **Enfermagem Obstétrica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1985.

ZUGAIB, Marcelo. **Obstetrícia**. 3.ed. Barueri, SP: Manole, 2016.