



CURSO
TÉCNICO EM
ENFERMAGEM

MÓDULO III
ENFERMAGEM
MATERNO INFANTIL



UNICRESER
O Seu Futuro Começa Aqui!

Sumário

PARTEI – OBSTETRÍCIA.....	5
1- Função dos hormônios gonadotrópicos:.....	9
2- Função dos hormônios ovarianos:.....	9
3. REPRODUÇÃO HUMANA Fecundação	10
4. TERMINOLOGIA OBSTÉTRICA	10
5. GRAVIDEZ Diagnóstico da Gravidez.....	12
6. DESENVOLVIMENTO FETAL.....	13
7. CRESCIMENTO INTRAUTERINO	15
8. ANEXOS FETAIS Placenta:	16
9. GRAVIDEZ MÚLTIPLA.....	18
10. ATENDIMENTO PRÉ-NATAL Objetivos	19
11. ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA GRAVIDEZ.....	24
12. QUEIXAS MAIS FREQUENTES DA GRAVIDEZ Tonturas e vertigens.....	26
13. SINAIS DE PERIGO NA GRAVIDEZ	28
14. CUIDADOS GERAIS NA GESTAÇÃO	29
16. PATOLOGIAS OBSTÉTRICAS Do 1º Trimestre	32
17. POSICIONAMENTO FETAL (O TRAJETO E O OBJETO) TRAJETO	37
18. FENÔMENOS MECÂNICOS DO PARTO.....	38
19. ALGUMAS DROGAS USADAS NA GRAVIDEZ E TRABALHO DE PARTO.....	39
20. O PARTO	42
21. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PARTURIENTE Na admissão: (na sala de admissão).....	47
22. FASES DO TRABALHO DE PARTO.....	48

23.	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO Definição:	53
24.	AMAMENTAÇÃO	62
	10 passos para a participação do homem no incentivo ao aleitamento materno.....	67
25.	ALOJAMENTO CONJUNTO	68
26.	ANTICONCEPÇÃO NO PUERPÉRIO.....	69
	Métodos Anticoncepcionais	70
	I - MÉTODOS NATURAIS.....	70
	II - MÉTODOS DE BARREIRA	71
	III - MÉTODOS DE ESTERILIZAÇÃO (CIRÚRGICOS):	73
	A - LAQUEADURA	74
	B - DEFERENCTOMIA (VASECTOMIA).....	74
	C - METODOS ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS.....	75
	PARTE II-NEONATOLOGIA.....	77
	1-NEONATO	77
	2. O RECÉM-NATO NORMAL A TERMO E CUIDADOS DE ENFERMAGEM	
	Definições:	80
	PARTE III- GINECOLOGIA	82
	1. NOMENCLATURA DOS DESVIOS MENSTRUAIS.....	82
	2. PRURIDOS	82
	3. LEUCORREIA OU CORRIMENTOS VAGINAIS Definição:.....	83
	4. CERVICITES.....	83
	5. ANEXITES	84
	6. DOENÇA PÉLVICA INFLAMATÓRIA.....	84
	7. CISTO DE OVÁRIO	85
	8. CÂNCER DE COLO UTERINO Definição:	85

9. CÂNCER DE MAMA	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88

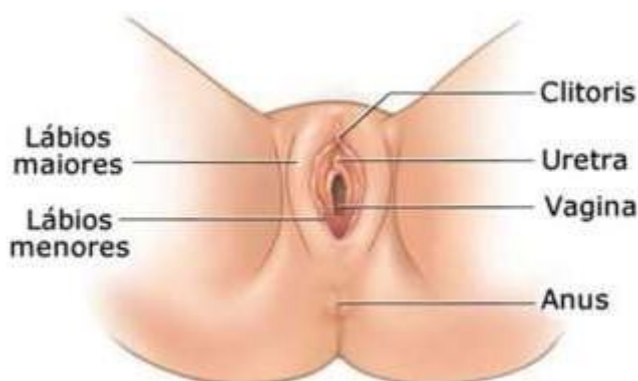
PARTE I – OBSTETRÍCIA

1. ANATOMIA DO SISTEMA REPRODUTOR FEMININO E MASCULINO

Órgãos genitais femininos externos

O conjunto dos órgãos genitais externos da mulher é chamado vulva.

- **LÁBIOS MAIORES:** são as duas dobras maiores de pele. Na mulher adulta, os grandes lábios são cobertos de pêlos e constituídos de mais gordura do que nas crianças. A região coberta de pêlos em forma de triângulo recebe o nome de monte de Vênus (para os antigos, Vênus era a deusa do amor).
- **LÁBIOS MENORES:** ficam na parte interna dos grandes lábios. Não tem pêlos. São muito sensíveis e seu tamanho varia de mulher para mulher. Os pequenos lábios se unem junto ao clitóris.
- **CLITÓRIS:** é feito de um tecido que se enche de sangue na excitação sexual. Tem grande quantidade de terminações nervosas e por isso é um órgão muito sensível. A estimulação do clitóris desencadeia reações de excitação sexual e sensações prazerosas. Logo abaixo do clitóris está o orifício da uretra, por onde sai a urina.
- **INTROÍTO VAGINAL:** muitas pessoas chamam a vulva de vagina. Mas, na vulva se encontra apenas a entrada vaginal, onde se localizam as glândulas de Bartholin. Estas produzem secreções para umedecer essa região, não tendo função na excitação sexual.
- **URETRA:** fica entre o clitóris e a entrada da vagina. É por onde sai a urina. A região onde se localiza a vulva e ânus, chama-se períneo.
- **GLÂNDULAS DE BARTHOLIN:** São as maiores glândulas vulvovaginais e secretam muco. Situam-se na base dos lábios maiores.
- **HÍMEN:** um tecido membranoso que varia consideravelmente em espessura e tamanho nas diferentes mulheres.

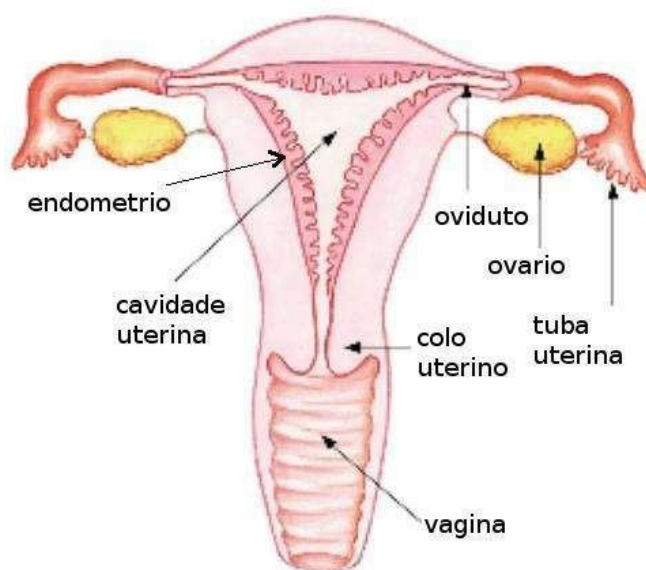
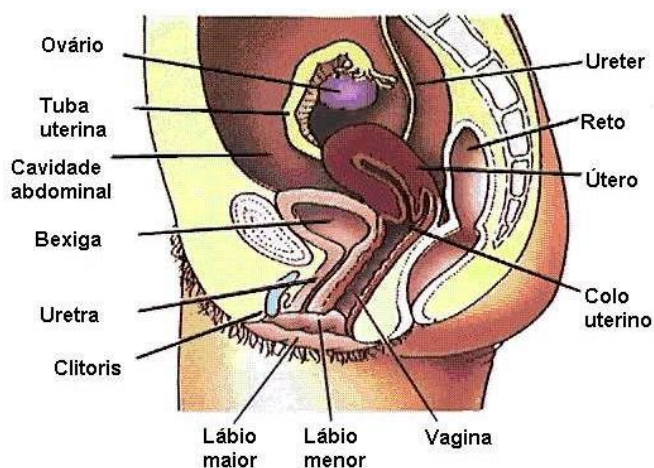


Órgãos genitais femininos internos

- **VAGINA:** é um canal de mais ou menos 10 cm. É feito de músculos elásticos e se estende até o útero. As paredes da vagina se encostam e têm a capacidade de se

moldar ao pênis durante a penetração. Colocando o dedo na vagina a mulher pode sentir que ela é toda enrugada. No fundo da vagina está o colo do útero, que pode ser visto durante o exame ginecológico. O colo ou cérvix tem um orifício (canal cervical) por onde sai a menstruação e entram os espermatozóides durante a relação sexual. A vagina forma com o colo um canal por onde a criança passa na hora do nascimento. Na excitação sexual, a vagina fabrica um líquido lubrificante.

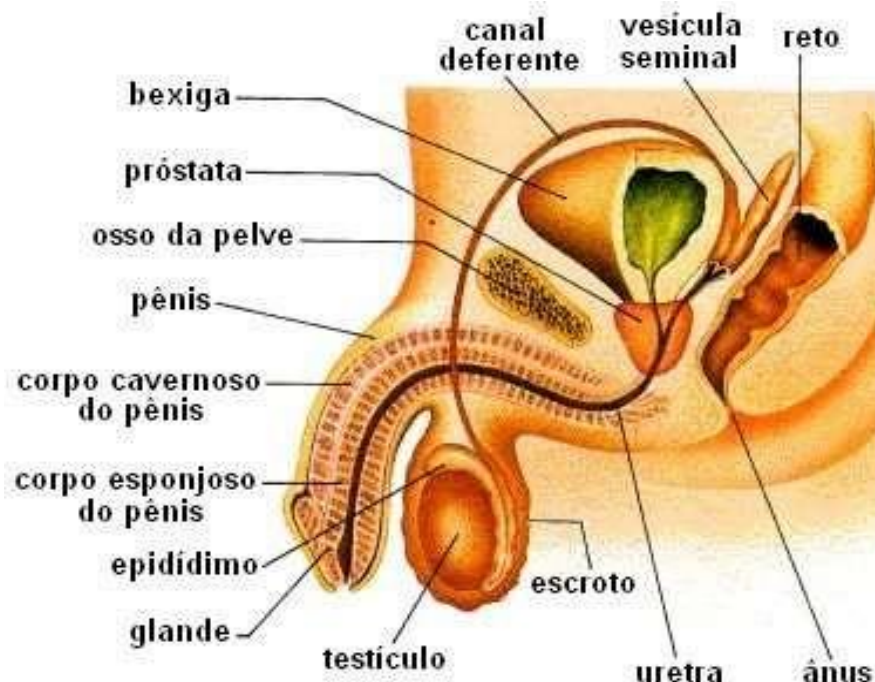
- **ÚTERO:** tem a forma e o tamanho de uma pêra (cerca de mais ou menos 8 cm). É constituído de duas partes: colo e corpo. O útero é um órgão oco, feito de músculos elásticos. Por isso, apresenta capacidade de aumentar de tamanho com o crescimento da criança. Por dentro, o útero é revestido de uma camada chamada endométrio, que é renovado todo mês no processo da menstruação. Ocorrendo gravidez, é no endométrio que o embrião vai se aninhar e, por isso, a mulher não menstrua na gestação.



- **OVÁRIOS:** São as glândulas sexuais (gônadas) da mulher. São dois órgãos pequenos, ovais, achatados, localizados um de cada lado do útero. Cada um deles mede cerca de 4 a 5 cm de comprimento, 2 cm de largura e 1 cm de espessura e tem um peso de 2 a 5g. Os ovários possuem uma grande quantidade de células que vão se transformar em óvulos no início da adolescência. A liberação do óvulo pelo ovário chama-se ovulação. Os ovários também fabricam hormônios femininos - o estrógeno e a progesterona - que são responsáveis pela ovulação e menstruação, regulando o ciclo menstrual. São responsáveis também pelas características sexuais femininas: a voz, cintura e os quadris, o crescimento dos pelos, a formação dos seios, etc. A produção de hormônios pelos ovários é regulada pelas secreções da glândula hipófise, que se localiza na cabeça junto ao cérebro.
- **TUBAS UTERINAS:** são dois canais que saem do útero, um de cada lado. Suas pontas têm fimbrias que atraem o óvulo ao sair do ovário. É nas tubas que ocorre a fecundação (encontro do óvulo com o espermatozoide). Elas têm movimento próprio para a condução do óvulo ou do ovo fecundado.

Órgãos genitais masculinos – Internos e Externos

- **PÊNIS:** tem forma cilíndrica e seu tamanho varia de homem para homem. Quando não está excitado, o pênis é mole e pendente. Na excitação, ele se enche de sangue e fica maior e ereto. O pênis é coberto por uma pele fina e elástica. Na sua ponta essa pele forma uma prega (prepúcio) que recobre a glândula. A glândula possui muitas terminações nervosas e, por isso, é bastante sensível. Dentro do pênis passa um canal, a uretra, por onde sai a urina ou o sêmen. O sêmen é um líquido feito de proteínas, vitaminas e água, que sai no momento da ejaculação e contém os espermatozoides. Ao longo da uretra, existem várias glândulas que produzem secreções lubrificantes. Estas podem ser observadas como gotículas que aparecem na excitação sexual. Elas não são o sêmen mas podem conter os espermatozoides.
- **TESTÍCULOS:** os testículos são dois órgãos, em forma de ovo, que fabricam permanentemente os espermatozoides, da puberdade até a morte. Depois de fabricados, passam por um período de amadurecimento, ficando, então, aptos para fecundar o óvulo. Os espermatozoides têm uma cauda que faz com que se movimentem rapidamente. Em cada ejaculação o homem expulsa de 400 a 500 milhões de espermatozoides. São os espermatozoides que vão determinar o sexo da criança. Os testículos também produzem os hormônios masculinos (testosterona), que são responsáveis pelo aparecimento das características sexuais masculinas: voz grossa, crescimento dos pêlos, quadris estreitos, barba, etc. Os testículos são envolvidos por uma bolsa enrugada chamada bolsa escrotal.
- **CANAIS DEFERENTES:** são dois canais que levam os espermatozoides dos testículos até a uretra, sendo ligados um a cada testículo.
- **VESÍCULAS SEMINAIS:** são duas e produzem substância viscosa e nutritiva que forma o sêmen. Das vesículas seminais saem ductos que se unem aos canais deferentes e atravessam a próstata.
- **PRÓSTATA:** é uma glândula única, com a forma e o tamanho de uma noz, que fica abaixo da bexiga. Também produz substância lubrificante que torna o sêmen mais líquido.



2. FISIOLOGIA DOS ÓRGÃOS REPRODUTIVOS FEMININOS O ciclo da menstrual

A vida reprodutiva da mulher começa na puberdade (9 a 14 anos). Esse é o período que marca o início da transformação da menina em mulher. Aparecem os "seios" e pêlos e ocorre a primeira menstruação (menarca). No período do climatério a mulher para de ter ovulação. Isto se dá perto da época em que cessa a menstruação (a última menstruação é a menopausa).

Quando nasce uma criança do sexo feminino, os dois ovários contêm cerca de 300.000 óvulos imaturos ou folículos primários já formados. Quando chega à puberdade, a hipófise passa a produzir os hormônios gonadotrópicos em maior quantidade. Estes hormônios promovem o crescimento dos folículos ovarianos, culminando na liberação de 1 óvulo a cada mês. Vários folículos começam a amadurecer todo o mês, mas somente um atinge a maturidade.

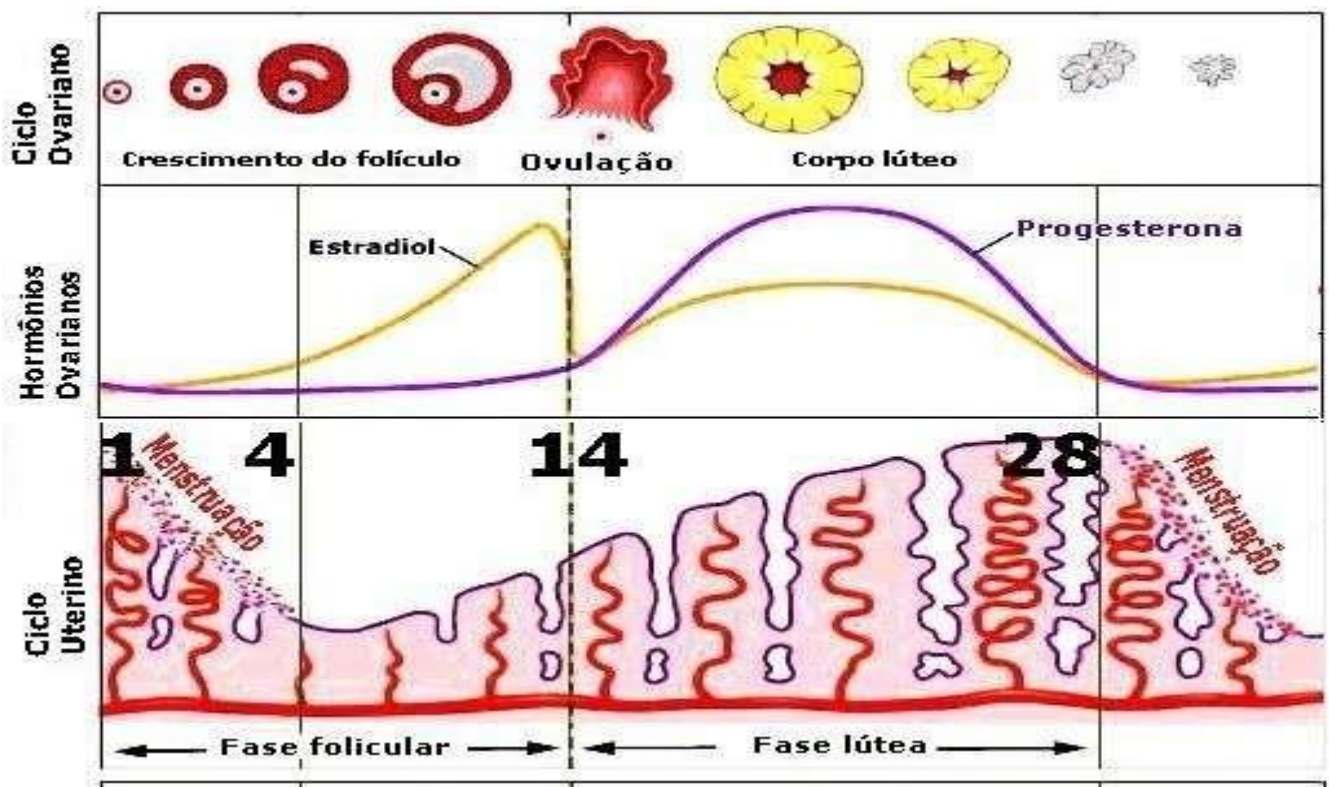
Os hormônios produzidos pela hipófise para estimular as gônadas (ovário na mulher e testículo no homem) são chamados de gonadotrópicos. São eles: Hormônio Folículo Estimulante

(FSH) e Hormônio Luteinizante (LH). A ação desses hormônios faz com que o folículo primário amadureça e libere o óvulo. Os hormônios produzidos pelo ovário são: estrogênio e progesterona.

O ciclo menstrual é o tempo (número de dias) que vai do 1º dia da menstruação ao 1º dia da menstruação seguinte: varia de mulher para mulher, geralmente entre 26 e 34 dias. O ciclo é marcado por dois fenômenos: menstruação e ovulação.

- **MENSTRUÇÃO:** A cada mês a mucosa do útero (endométrio) se prepara, por meio da ação dos hormônios, para receber o óvulo fecundado. Quando a fecundação não acontece, as taxas de hormônios caem e o endométrio, que havia se preparado e crescido, começa a desfazer-se sob a forma de sangue.

- **OVULAÇÃO:** Todos os meses, sob as influências hormonais, um folículo ovariano (óvulo imaturo) se rompe e lança o óvulo fora do ovário. O óvulo é atraído para as tubas e se não houver fecundação, é absorvido. A ovulação pode ser percebida por algumas mulheres, por dor baixo ventre e secreção vaginal que umedece a vagina e a vulva.
- **PERÍODO FÉRTIL:** O período da ovulação é conhecido como período fértil e costuma acontecer por volta de 14 dias antes da próxima menstruação. Durante o período ovulatório a secreção fabricada pelo canal cervical apresenta características próprias (como clara de ovo cru), é o chamado Muco Fértil, que facilita aos espermatozoides ultrapassarem o orifício do colo para tentarem alcançar o óvulo.



1- Função dos hormônios gonadotrópicos:

- **FSH:** maturação do folículo primário e este por sua vez, inicia a produção de estrogênio.
- **LH:** promove a expulsão do óvulo e a formação do corpo lúteo para produzir progesterona.

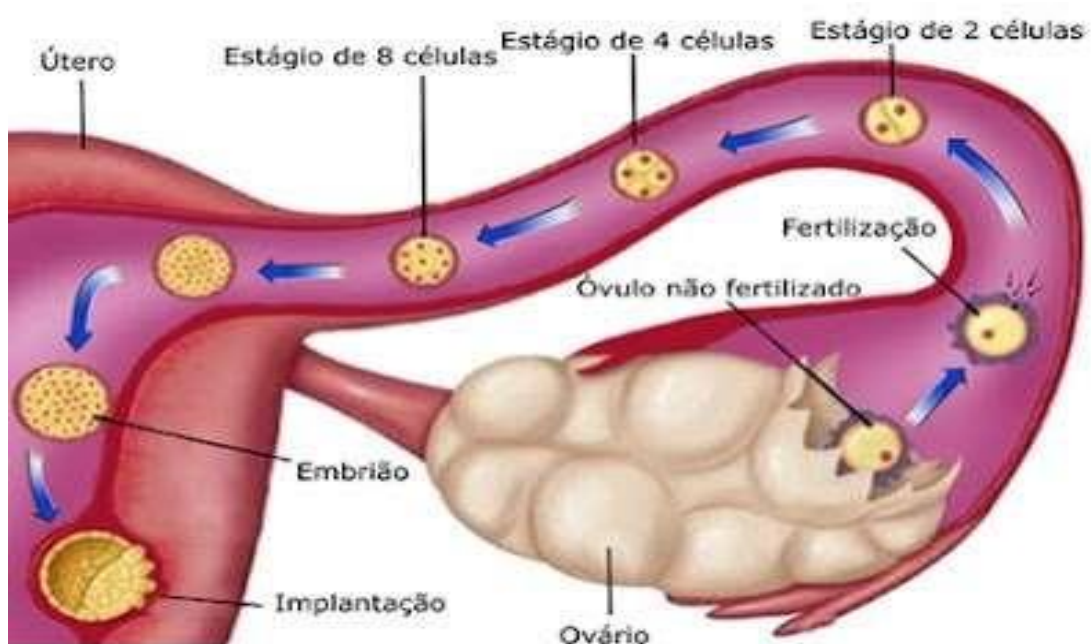
2- Função dos hormônios ovarianos:

- **Estrogênio:** responsável pelos caracteres femininos secundários, aumento da musculatura uterina e revestimento interno do útero.
- **Progesterona:** promove o enriquecimento do endométrio com aumento vascular e glandular, para abrigar o ovo fecundado; inibe as contrações uterinas; aumenta as glândulas mamárias para a lactação.

3. REPRODUÇÃO

HUMANA Fecundação

Na relação sexual, quando o homem ejacula no interior da vagina, ou mesmo na vulva, os espermatozoides se movimentam para chegar no interior do útero, passando pelo canal cervical. Os espermatozoides que ficam na vagina sobrevivem apenas 8 horas. Mas, dentro do útero e das tubas, conseguem viver de 2 a 3 dias. Se nesse período ocorrer a ovulação, pode acontecer a fecundação. Dos milhões de espermatozoides liberados na ejaculação, apenas um vai penetrar e fecundar o óvulo, formando o ovo. A formação do ovo se dá nas tubas e aí começa a multiplicação celular. Após a fecundação o ovo percorrerá a tuba até o útero ajudado pelos movimentos ciliares e movimentos de contração da tuba. Depois de mais ou menos 7 dias o ovo chega ao útero, aninhando-se no endométrio, onde irá se desenvolver. A fixação do ovo na mucosa uterina chama-se nidação.



4. TERMINOLOGIA OBSTÉTRICA

- PRENHEZ, GESTAÇÃO OU GRAVIDEZ - Estado fisiológico peculiar à mulher que concebeu e na qual evolui o produto conceutivo.
- GRAVIDEZ ECTÓPICA - Gestação fora do útero (tubas, órgãos abdominais).
- PRENHEZ MÚLTIPLA - Gravidez com mais de um feto.
- GRÁVIDA - Mulher gestante.
- PARTURIENTE - Mulher que se encontra em trabalho de parto.
- GESTA - Representa o número de vezes que a mulher engravidou.
- NULIGESTA - Mulher que nunca engravidou.
- PRIMIGESTA - Referente à 1ª gestação.
- SECUNDIGESTA - Referente à 2ª gestação.

- TERCIGESTA - Referente à 3ª gestação.
- MULTIGESTA - Após a 3ª gestação.
- GEMINIGESTA - Mulher que abriga mais de um feto.
- PARA - Representa o número de vezes que a mulher deu a luz a um feto viável, vivo ou morto.
- NULÍPARA - Mulher que nunca teve parto.
- PRIMÍPARA – mulher que deu à luz pela 1ª vez.
- SECUNDÍPARA – mulher que deu à luz pela 2ª vez.
- MULTÍPARA – mulher que deu à luz mais de 3 vezes.
- ABORTO - Expulsão do conteúdo uterino antes da viabilidade do feto. (Pode ser provocado ou espontâneo).
- GÊMEOS UNIVITELINOS/MONOZIGÓTICOS - Provém de um só ovo, placenta e bolsa amniótica. São chamados gêmeos idênticos e tem obrigatoriamente o mesmo sexo.
- GÊMEOS FRATERNOS/DIZIGÓTICOS - Provém de dois óvulos e dois espermatozóides diferentes. Podem ser de sexos diferentes e possuem características físicas diferentes como irmãos de gestações diferentes. Na verdade representam o mesmo que uma fecundação onde houve maturação de mais de um óvulo no período ovular. Os gêmeos dizigóticos, não são de fato gêmeos.
- PUERPÉRIO - De PUER criança e PARE de parir. Período que se segue ao parto. Inicia-se com a expulsão da placenta, pode durar de 40 a 60 dias.
- PUÉRPERA - Referente a mulher que acabou de dar à um feto viável vivo ou morto.
- R.N. - É a criança nascida viva até o 28º dia.
- LÓQUIOS OU LOQUIAÇÃO - representa o sangramento que aparece após o parto, inicialmente com características de menstruação, depois toma-se cor marrom em seguida amarelados (serosos). Tem duração variável, sendo que no parto normal, via vaginal, o período de loquiação pode ser um pouco mais longo.
- OCITÓCITOS - Medicamentos que causam contração da musculatura uterina.
- DEQUITAÇÃO OU SECUNDAMENTO - É a saída da placenta e membranas fetais.
- FONTANELAS - São as regiões da cabeça fetal onde há tecido conjuntivo na junção dos ossos. Isso permite um acavalgamento da cabeça fetal a fim de facilitar a saída da mesma no parto via vaginal. A anterior chama-se BREGMA, a posterior LAMBDA.
- LACTENTE - É o bebê amamentado exclusivamente com o leite materno.
- LACTANTE OU NUTRIZ - É a mulher que está amamentando seu bebê exclusivamente com leite materno.
- EPSIOTOMIA - Incisão feita na região perineal.
- ESCALA DE APGAR - Critérios em forma de tabela com escala numérica de 0 a dez usada para avaliar a vitalidade do R.N.
- CREDEIZAÇÃO - É a técnica utilizada que consiste em pingar 1 gota de colírio de Nitrato de Prata para prevenir oftalmite gonocócica no R.N.
- VÉRNIX CASEOSO - É a camada esbranquiçada de consistência gordurosa que recobre a pele do bebê ao nascer. Tem função protetora.
- ENGURGITAMENTO DE MAMAS OU EMPEDRAMENTO - É o acúmulo de leite materno nos alvéolos mamários.

- FISSURAS E RACHADURAS DE MAMILO - É o estado dos mamilos onde ocorre o rompimento do tecido mamilar.
- MASTITES - Estado infeccioso das mamas, comum no puerpério onde ocorreu o ingurgitamento das mamas com fissuras e rachaduras do mamilo.
- INFECÇÃO PUERPERAL - Estado patológico onde há processo infeccioso no aparelho genital da puérpera.
- DEPRESSÃO PÓS-PARTO - Estado psicológico comum, no puerpério por depressão, astenia e outras manifestações psicossomáticas na puérpera.

5. GRAVIDEZ

Diagnóstico da

Gravidez

O diagnóstico de gravidez pode ser: Clínico e Laboral. “O diagnóstico de gravidez baseia-se na história, no exame físico e nos testes laboratoriais. Se ocorrer amenorreia ou atraso menstrual deve-se, antes de tudo, suspeitar da possibilidade de uma gestação” (BRASIL, 2005, p.20)

Diagnóstico Clínico: Utilizamos os dados propedêuticos, coletados na entrevista, inspeção, palpação, toque, ausculta e pela medida da temperatura basal (uma temperatura de 37,7°C que persiste por mais de 16 dias após a ovulação é sugestiva de gravidez).

O diagnóstico da gravidez pode ser efetuado em 90% das pacientes através dos sinais clínicos, sintomas e exame físico, em gestações mais avançadas.



A - Métodos Clínicos

Baseiam-se em sinais e sintomas.

Sinais Prováveis:

- Amenorréia
- Náuseas e vômitos matutinos
- Modificações na forma e consistência do útero
- Aumento ou diminuição do apetite
- Sonolência
- Colostro
- Auréola secundária (Sinal de Hunter 20º semana)
- Tubérculos de Montgomery
- Pigmentação da linha Alba (Nigra)

- Aparecimento/aumento de varizes de MMII
- Seios inchados e dolorosos à palpação
- Aumento da frequência urinária (polaciúria)
- Sensibilidade urinária ao toque vaginal

Sinais de Certeza:

- Palpação das partes fetais
- Percepção dos movimentos fetais
- Ausculta dos BCF

B - Métodos Laboratoriais:

Baseiam-se em resultados de análise químicas realizadas a partir de material orgânico (sangue/urina) que revelam taxas indicativas de gestação.

- Detecção da presença do HCG (Gonadotrofina coriônica humana) - teste imunológico feito colhendo pequena amostra de sangue.
- Pregnosticon – presença de HCG na urina

C - Métodos gráficos ou áudio visuais

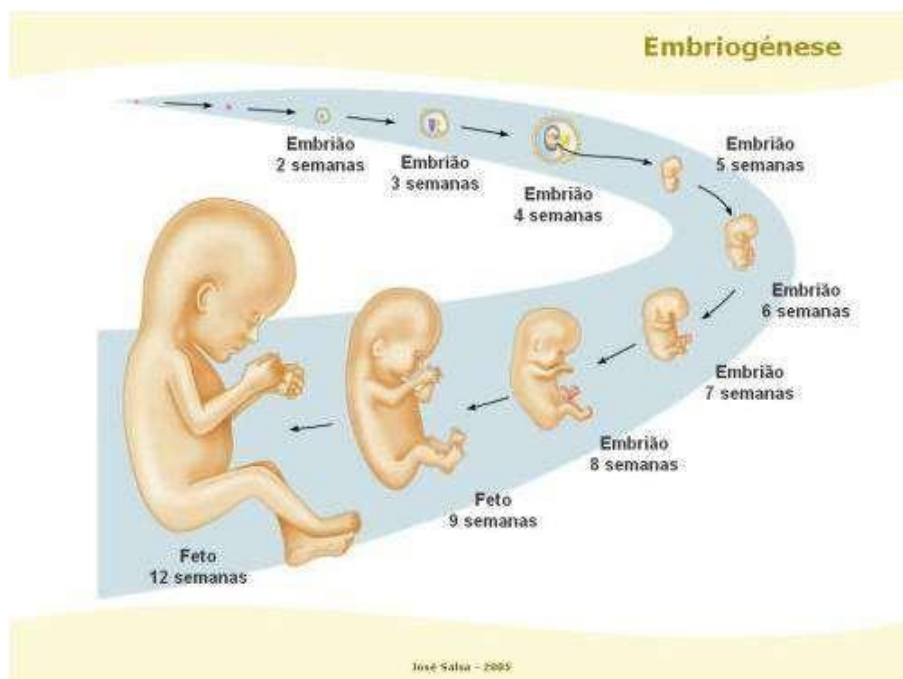
São exames realizados com recurso de aparelhos e equipamentos apropriados que mostram a presença do feto e estruturas fetais.

- Ultrassonografia: ondas sonoras detectam as estruturas fetais.

6. DESENVOLVIMENTO FETAL

Nove dias depois da fecundação, o ovo aninhado no endométrio já está do tamanho da cabeça de um alfinete. Aos poucos o embrião vai se formando, assim como a placenta e o cordão umbilical. A placenta irá funcionar como se fosse os pulmões, o fígado e os rins do embrião, e também irá fabricar hormônios importantes para a gestação. O cordão umbilical liga o bebê à placenta, levando os

açúcares, as proteínas e outras substâncias necessárias para o seu crescimento.



Mesmo se a mãe está em jejum o bebê continua se nutrindo. Logo no início da gestação desenvolve-se uma membrana que formará o saco amniótico (a bolsa d'água) onde o bebê ficará protegido até nascer.

Com 8 semanas (mais ou menos 2 meses) o embrião já mede cerca de 2.5 cm, sua cabeça é bastante grande, já tem perna, braços, orelha e os dedos das mãos e dos pés. Já se formou grande parte dos órgãos internos como o coração. o fígado. os pulmões, os intestinos, etc.

Com 12 semanas (mais ou menos 3 meses) o feto tem aproximadamente 7 cm e pesa 14 g. Os genitais externos já aparecem, mas é difícil determinar o sexo.

Com 20 semanas (final do 4º mês) ele atinge o comprimento de 25 cm e pesa 300 g. Nessa época já se ouve seu coração e a mãe pode senti-lo mexer.

Da 24ª à 36ª semana (7º e 8º meses) o bebê cresce e engorda. Uma criança ao nascer mede mais ou menos 50 cm e pesa entre 2, 5 kg e 3,5 kg.

A partir da 36ª semana de gravidez a criança começa a encaixar-se na bacia. Por isso, a barriga da mulher desce e a pressão no baixo ventre aumenta.. Este fato inicia o processo que terminará com o nascimento da criança. Quando o bebê nasce já possui órgãos prontos para a vida fora do útero. O sistema nervoso e ossos continuam amadurecendo por muito tempo após o nascimento.

Desenvolvimento Fetal

Primeiro mês lunar

1. Comprimento: 0,75 a 1 cm.
2. Inicia-se a formação das raízes dos braços e pernas.
3. Surgem rudimentos dos olhos, ouvidos e nariz.

Segundo mês lunar

1. Comprimento: 2,5 cm – Peso: 4g
2. O feto encontra-se acentuadamente curvado
3. A cabeça é desproporcionalmente grande devido ao desenvolvimento do cérebro
4. Inicia-se a diferenciação sexual
5. Os centros ósseos começam a ossificar

Terceiro mês lunar

1. Comprimento: 7 a 9 cm – Peso: 5,20g
2. Identificam-se os dedos das mãos e dos pés
3. A placenta está completa
4. A circulação fetal está completa

Quarto mês lunar

1. Comprimento: 10 a 17 cm – Peso: 55 a 120g
2. O sexo está diferenciado
3. Presença de batimentos cardíacos

Quinto mês lunar

1. Comprimento: 30 cm – Peso: 280 a 300g
2. Uma penugem cobre todo o corpo
3. A mãe sente os movimentos fetais

4. Os sons cardíacos são audíveis com estetoscópio de Pinard

Sexto mês lunar

1. Comprimento: 28 a 34 cm – Peso: 650g
2. A pele tem um aspecto enrugado
3. Surge a vernix caseosa

Sétimo mês lunar

1. Comprimento: 35 a 38 cm – Peso: 1.200g
2. A pele é avermelhada

Oitavo mês lunar

1. Comprimento: 38 a 43 cm – Peso: 2.000g
2. O feto é viável
3. As pálpebras se abrem
4. Já existem impressões digitais
5. O movimento fetal é vigoroso

Nono mês lunar

1. Comprimento: 42 a 48 cm – Peso: 1.700 a 2.600g
2. A face e o corpo perdem o aspecto enrugado devido ao acúmulo de gordura subcutânea
3. A penugem desaparece
4. O volume do líquido amniótico diminui um pouco

Décimo mês lunar

1. Comprimento: 48 a 52 cm – Peso: 3.000 a 3.600g
2. A pele é lisa
3. Os olhos são uniformemente cinza azulados
4. Os ossos do crânio estão ossificados e bastante próximos nos locais das suturas

Fetal Growth From 8 to 40 Weeks



7. CRESCIMENTO INTRAUTERINO

O acompanhamento pré-natal do crescimento fetal se faz através da mensuração da altura uterina. Nos dois primeiros meses, o útero é intrapélvico, sendo

difícil encontrá-lo na palpação abdominal. No terceiro mês, passa a ser palpado no abdome e no quinto, atinge a cicatriz umbilical. A relação entre a idade da gestação e a altura uterina é dada, com aproximação, veja a tabela abaixo:

Mês de gestação Altura uterina

4º mês	14 a 16 cm
5º mês	16 a 20 cm
6º mês	22 a 24 cm
7º mês	26 a 28 cm
8º mês	31 a 32 cm
9º mês	32 a 36 cm
30 a 34 cm	

8. ANEXOS

FETAIS

Placenta:

É um órgão formado por tecido materno e fetal. Responsável pela trocas de oxigênio e gás carbônico entre a mãe e o feto e também pela troca de substâncias nutritivas necessárias ao crescimento e desenvolvimento fetal. Geralmente está implantada na parte posterior, no fundo do corpo do útero.

A face materna da placenta é de cor vinhosa, está aderida ao útero. A face fetal é cinza, maior, azulada e lisa. Nela está inserido o cordão umbilical.

A placenta secreta o hormônio progesterona que evita a contração precoce do útero garantindo assim, o prosseguimento seguro da gravidez.

A formação da placenta, bem como dos demais anexos fetais tem sua origem ao mesmo tempo em que o próprio embrião, embora o seu desenvolvimento não seja tão rápido quanto o do feto. Antes do quarto mês de gestação ela é mais pesada que ele; no quarto mês, seu peso é o do feto são aproximadamente iguais e, no final da gravidez, o peso da placenta é de cerca de um sexto a um sétimo daquele do feto. Esse crescimento da placenta é necessário ao atendimento das exigências do crescimento do feto. Ela está bem definida já no final do primeiro mês de gestação. Nessa época já se estabeleceu uma circulação fetal e materna através de uma rede de vasos sanguíneos complexa que

será a placenta.

Cordão Umbilical:

Formado por duas artérias e uma veia. É revestido pela Geleia de Warton que lhe dá um aspecto esbranquiçado e gelatinoso, retorcido. Ao contrário do padrão usual, a artéria umbilical carrega sangue venoso, retirando os detritos metabólicos do feto. A veia carrega sangue arterial oxigenado e substâncias nutritivas da placenta e CO₂ vão para o feto.

Ao final da gestação ele chega a medir de 50 a 60 cm de comprimento.

Membranas Fetais:

São duas as membranas fetais, Cório e Âmnio. Elas formam a bolsa d'água e revestem o feto. A Cório é mais próxima da parede do útero. É externa em relação ao feto. A membrana amniótica é interna, em relação ao feto; é mais fina e delicada.

Rompem-se espontaneamente ou artificialmente no parto.

Líquido Amniótico

A fonte do líquido amniótico não é precisamente conhecida. Ele é basicamente derivado da mãe, mas seu local exato de origem é questionável. Tem-se afirmado que o líquido, que está presente no início da gravidez, é um transudado de plasma materno através da placenta e membranas fetais. A pele fetal também pode apresentar uma contribuição, e o cordão umbilical pode ser considerado uma possível fonte na sua produção. O líquido amniótico no início da gravidez é muito semelhante ao plasma materno. De cerca do quarto mês de vida até o nascimento, o feto modifica a composição e o volume desse líquido. O feto engole o líquido e elimina urina hipotônica para ele em quantidades maiores.

O movimento do líquido dentro e fora do trato respiratório adiciona secreções. Desconhece-se a quantidade de urina fetal e de secreções do trato respiratório e pele.

O líquido amniótico é continuamente substituído em uma proporção muito rápida, mas seus destinos, assim como suas origens são imprecisas.

Há aparentemente uma constante troca de líquidos ou de pelo menos alguns dos seus constituintes entre a circulação materna, a fetal é a do próprio líquido amniótico.

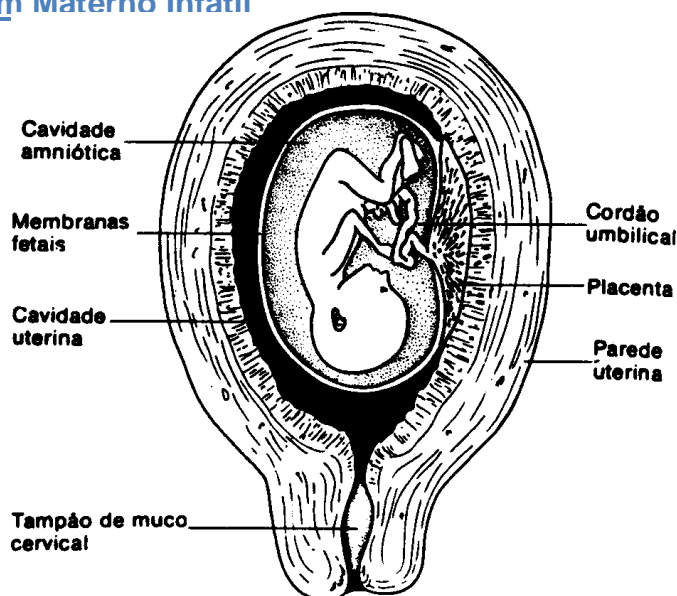
O líquido amniótico é completamente substituído cerca de uma vez a cada 3 horas. O líquido amniótico é formado de 98% de água e entre 1 e 2 por cento de sólidos orgânicos e inorgânicos. A composição do líquido se modifica com o progredir da gravidez.

Às vezes ocorre excesso ou diminuição do líquido amniótico. O aumento do líquido amniótico chama-se polidrâmnios. A diminuição do líquido amniótico denomina-se oligoâmnio.

Essas situações são decorrentes de anomalias congênitas nas quais o feto não pode engolir líquido amniótico ou não pode produzir urina, ou no

qual as membranas produzem quantidades excessivas de líquido amniótico.

Sua função especial é servir como um amortecedor contra possíveis traumatismos abdominais que possam atingir o feto.



9. GRAVIDEZ MÚLTIPLA

É aquela na qual o útero contém 2 ou mais embriões. São denominados gêmeos triplos quando são 3 e assim por diante.

A gravidez de gêmeos resulta na fertilização de:

- dois óvulos separadamente ou;
- de um único óvulo.

A fertilização de dois óvulos origina um ovo duplo, dizigótico, ou seja, em gêmeos fraternos. A fertilização de um óvulo resulta em um ovo único, monozigoto, ou seja, em gêmeos idênticos.

No caso de gêmeos fraternos (dizigóticos), ambos os óvulos podem vir do mesmo ovário, ou cada um deles pode vir de um ovário diferente. Cada óvulo é fecundado por espermatozoides diferentes, implanta-se individualmente no útero. Há 2 placentas embora possam estar fundidas. Biologicamente os gêmeos dizigóticos não são realmente gêmeos, mas o resultado da maturação de mais de um óvulo no período ovular.

Os gêmeos monozigóticos ou idênticos são gêmeos verdadeiros. Originam-se da união de um único óvulo e um único espermatozoide. A separação das células do zigoto em desenvolvimento resulta na formação de dois embriões. Se a separação do disco embrionário não for completa resultará em gêmeos siameses (conjugados).

Não está claro se a hereditariedade influencia ou não a tendência para a gravidez múltipla.

Os gêmeos são comumente menores que um bebê da mesma idade, resultante de uma gravidez simples, mas somando seus pesos dá mais que o peso de uma única criança.

A gravidez múltipla, geralmente, origina mais complicações durante o parto do que a gravidez simples.

Em geral são partos longos, às vezes prematuros, com crianças incapazes de sobreviver.

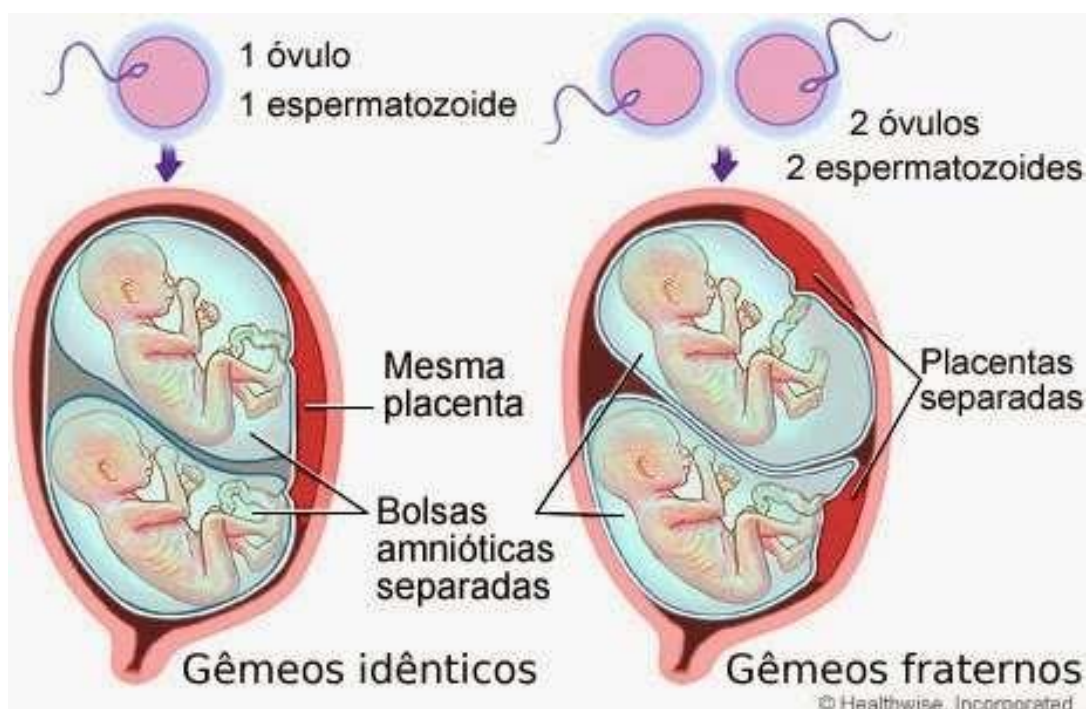
A gravidez múltipla provoca hiper distensão uterina, com contrações de má qualidade no trabalho de parto.

O pré-natal da gravidez múltipla deve começar precocemente com vigilância

atenta à saúde materno fetal. Com vistas à minimizar os transtornos inerentes dessa particular gestação.

O preparo da mãe e da família envolve aspectos sociais, psíquicos e econômicos decorrentes da vinda de mais de um bebê, o que às vezes criará uma sobrecarga familiar, sobretudo se já há outros filhos.

Todavia, garantir a sobrevivência dos bebês de gestação múltipla é a prévia preocupação no atendimento obstétrico.



10. ATENDIMENTO PRÉ-

NATAL Objetivos

- Preparo físico e psicológico da gestante;
- Prevenir, identificar e tratar patologias que possam ocorrer durante a gestação;
- Controle obstétrico;
- Educação sanitária.

No pré-natal é feito o acompanhamento da mãe e do feto por meio de atendimentos periódicos e exames. A gravidez e o puerpério formam o ciclo gravídico - puerperal, que é um processo fisiológico.

Tipos de Exames

A gestante é submetida a exame clínico e obstétrico. São feitos exames laboratoriais de: urina, parasitológico de fezes, sorológico (sífilis, toxoplasmose, HIV, etc.), hemograma completo, glicemia, tipo sanguíneo e fator Rh. O exame ginecológico completo inclui: exame das mamas, o exame preventivo do câncer (Papanicolaou) e a ultrassonografiapélvica.

É possível ouvir o coração do bebê a partir da 16ª semana de gravidez. A gestante deve ser alertada de que não pode tomar nenhum medicamento sem receita médica: Se faz algum tratamento, o médico precisa saber. É importante procurar o médico tão logo haja suspeita da gravidez, para iniciar-se o pré-natal bem cedo.

Informações sobre os exames laboratoriais

EXAME DE SANGUE

- a) **Hemograma:** para saber se há anemia, o que acontece com frequência na gravidez.
- b) **Glicemia:** para saber se é diabética ou para detectar alterações posteriores.
- c) **Tipagem:** saber o tipo de sangue é importante pois existem problemas que decorrem do tipo de sangue da mãe e da criança. Se descobertos desde o início, podem ser acompanhados mais de perto e prevenir complicações.
- d) **Sorologia para sífilis (lues):** a sífilis é uma doença grave, de evolução bastante lenta, mas tem tratamento específico e eficaz. A sífilis na gestante pode provocar abortamento tardio, morte do feto ou também passar através da placenta para a criança, que poderá nascer com problemas. Sendo tratada até a 18ª semana de gravidez, a criança não terá sífilis. Também realiza exames HIV, toxoplasmose.

EXAME DE URINA

Para saber se há infecção urinária. Isso é bastante frequente na gravidez.

O surgimento de pressão alta e inchaço nos últimos três meses, pode significar uma doença bastante grave, a pré-eclâmpsia. Em tais casos, o exame de urina é imprescindível, pois a presença de proteína na urina confirma esse diagnóstico.

PARASITOLOGICO DE FEZES (PPF)

Exame de fezes em casos de verminoses.

Vacinação

A vacina contra tétano deve ser feita durante a gravidez, para evitar o tétano umbilical na criança. A vacinação é feita em 3 doses, a partir do 5º ou 6º mês, com intervalos de 1 a 2 meses. As gestantes vacinadas há mais de 5 e menos de 10 anos devem tomar apenas 1 dose de reforço. a primeira dose é dada no 5º mês, a segunda no 7º mês e a terceira 6 meses após a segunda dose.

Exame físico da gestante

Consiste em:

- Avaliar o estado geral (pele, mucosas, hidratação, edemas);
- Verificar os SSVV;
- Averiguar os diversos sistemas (digestivo, respiratório, etc)
- Verificar o peso

Exame obstétrico

Consiste em:

- a) Inspeccionar

- b) Palpar e Mensurar
- c) Auscultar
- d) Tocar
- e) Exame especular

Inspeção obstétrica:

Consiste em observar os sinais decorrentes das transformações gravídicas; são elas :

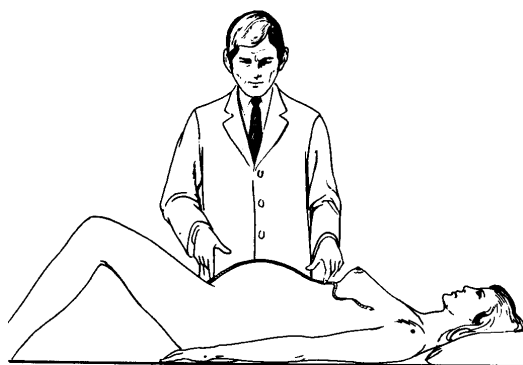
- Lanugem do couro cabeludo (sinal de Halban)
- Cloasma gravídico ou máscara geralmente na fronte, nariz e região zigomática;
- Mamas:
 - (aumento da vascularização) rede de Haller
 - Auréola secundária (hiperpigmentação da auréola) sinal de Hunter
 - Tubérculos de Montgomery
- Abdômen
 - Linha alba – nigra
 - Aumento do volume
 - Aparecimento de estrias (são violáceas atuais e brancas as antigas)
- MMII:
 - Varizes
 - Edema
- Genitais:
 - Hiperpigmentação
 - Edema
 - Coloração violácea (sinal de Jacquemeir ou Chadwick)

Palpação e Mensuração

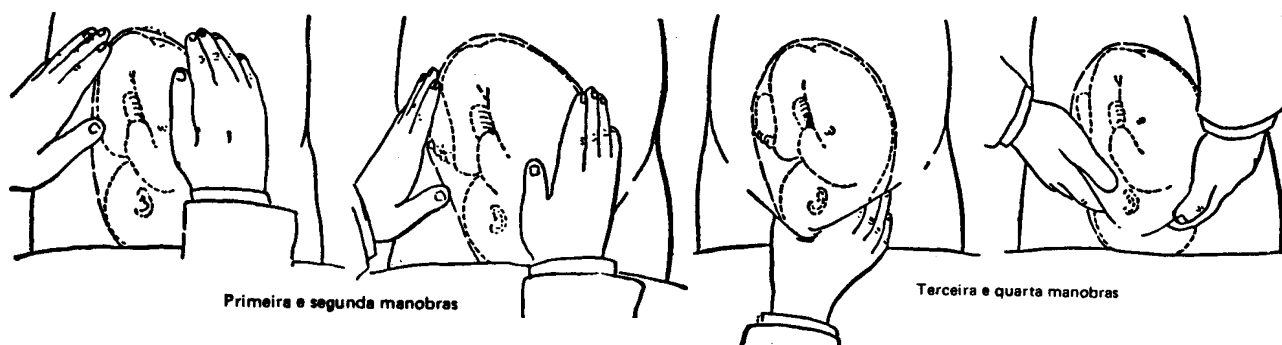
Palpação consiste em sentir pelo toque o conteúdo do útero, percebendo-se as partes fetais. Esse procedimento é realizado em todas as consultas do pré-natal.

Através da palpação no final da gestação pode-se determinar a situação e posição do feto.

Na Mensuração, avalia-se o crescimento do útero e consequentemente desenvolvimento da gestação. Esse procedimento também deve ser realizado mensalmente nas consultas do pré-natal.



O útero apresenta crescimento significativo de 4 cm mais ou menos a partir do 4º mês. As técnicas de palpação e mensuração estão representadas nas figuras a seguir:



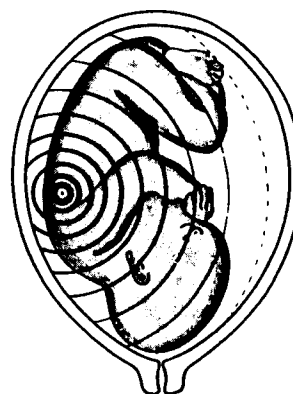
Ausculta

Consiste em ouvir os batimentos cardíofetais durante 1 minuto. Os instrumentos utilizados para esse procedimento são:

- Estetoscópio de Pinard
- Sonar Doppler

Os BCFs são mais audíveis no dorso fetal. A frequência normal é de mais ou menos 120 a 160 batimentos/minuto.

Com o sonar, o BCF é audível na 10ª à 12ª semana, ou seja, mais ou menos 2 meses. Já com o Pinard só se ouve o BCF na 20ª à 22ª semana, ou seja, por volta de 5 meses mais ou menos.



Foco máximo de ausculta, na apresentação cefálica.



Toque

Deve ser feito na 1ª consulta e ao final da gestação.

O objetivo é avaliar as condições do canal do parto, presença de tumores ou massas anormais.

Exame Especular

É importante para verificar presença de lesões cervicais ou vaginais. O exame de Papanicolau pode ser colhido nesta ocasião.

Tanto o toque como o exame especular não provocam abortos ou outros danos a gestação e são importantes na decisão de um parto via vaginal ou não. São procedimentos exclusivos do médico ou da enfermeira obstetra.

Cálculo da data provável do parto (D.P.P.) – Regra de Nagele

A gravidez dura 40 semanas, 280 dias ou 10 meses lunares.

Para se calcular a DPP toma-se como base a data da última menstruação. Adiciona-se à data, mais 7 dias e mais nove meses, ou menos 3 quando se faz o cálculo retrógrado.

Nos meses Janeiro, Fevereiro e Março soma-se 9 ao mês.

Nos demais meses (Abril a Dezembro), subtrai-se 3 ao mês e acrescenta-se 1 ao ano.

Ex. DUM (data da última menstruação): 20/05/1999

DPP: 27/02/2000

11. ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA GRAVIDEZ

São alterações decorrentes da gravidez que ocorrem no organismo da mulher e que desaparecem após o parto. São alterações fisiológicas inevitáveis, temporárias e presentes em todas as gestantes, em graus variáveis.

Aparelho cardiovascular:

- Volume de sangue aumenta cerca de 30%.
- Há um aumento da pressão venosa nos membros inferiores, pela compressão parcial da veia cava, pelo útero aumentando de volume, em parte também devido ao aumento da resistência que o fluxo sanguíneo encontra nas extremidades inferiores ao juntar-se ao fluxo proveniente do útero.
- A frequência cardíaca em repouso aumenta cerca de 10 batimentos por minuto.
- Com o aumento do volume sanguíneo, o coração tem que circular maior quantidade de sangue através da aorta. cerca de 50% a mais por minuto.
- O trabalho máximo do coração é ao final do 2º trimestre, diminuindo nas últimas semanas de gestação e aumentando novamente imediatamente após o parto.
- O coração é deslocado para cima devido ao aumento do volume do útero. Isto resulta em alterações da frequência cardíaca em determinados decúbitos. O coração também aumenta ligeiramente o volume.
- Pode haver palpitações nos primeiros meses de gestação. Isto é devido aos transtornos do sistema simpático e, ao final da gravidez, à pressão intra-abdominal do útero extremamente aumentado.

Aparelho respiratório:

- Há uma elevação do diafragma pelo útero aumentado, tornando a respiração mais difícil. Esta elevação do diafragma não causa diminuição de capacidade dos pulmões, pois há uma ampliação da caixa torácica no sentido anteroposterior.
- Há um aumento da frequência respiratória e da quantidade de ar movimentada em cada ciclo, resultando numa ligeira baixa de CO₂ no sangue. O centro respiratório no cérebro também se torna mais sensível aos estímulos específicos.
- Ocorre hiperventilação - aumento da frequência respiratória, volume corrente e volume- minuto, provavelmente devido ao maior consumo de O₂ e produção de CO₂ pelo feto.

Aparelho gastrointestinal:

- Ocorre uma alteração fisiológica em todo o aparelho, a diminuição do peristaltismo, devida principalmente ao efeito da progesterona sobre a musculatura lisa. Com o peristaltismo diminuído, há um retardo no esvaziamento gástrico e no trânsito intestinal, que pode provocar náuseas e constipação. A pirose é provocada pelo

refluxo do conteúdo gástrico para o esôfago, devido também à diminuição do peristaltismo.

Aparelho urinário:

- Há um grande aumento do fluxo sanguíneo aos rins (de 30% a 50%), obrigando os rins a filtrar maior quantidade de sangue.
- A musculatura lisa dos ureteres sofre a ação da progesterona, diminuindo o peristaltismo e dilatando-se. Esta dilatação dos ureteres, particularmente a do direito, em parte também é devida à pressão do útero aumentando de volume.

Aparelho genital:

- Há hiperplasia e hipertrofia de todo o aparelho reprodutor feminino.
- Útero aumenta 4 vezes em comprimento e cerca de 1 Kg no peso devido ao alongamento e engrossamento das fibras musculares.
- Colo uterino amolece preparando-se para a dilatação no final da gestação.
- Aumentam também a vascularização e o tecido elástico da vagina, tornando-se mais distensível para a passagem do feto.
- Devido ao aumento da vascularização e coloração do aparelho genital passa de rosada para violácea (Sinal de Chadwick).
- Há hiperatividade das glândulas endocervicais aumentando a produção de secreção mucosa.
- Há aumento do glicogênio no epitélio vaginal, promovendo o desenvolvimento do lactobacilo e, conseqüentemente, aumento da acidez vagina (o PH fica entre 3,5 a 6). Não confundir esta secreção aumentada com corrimento patológico.

Pele :

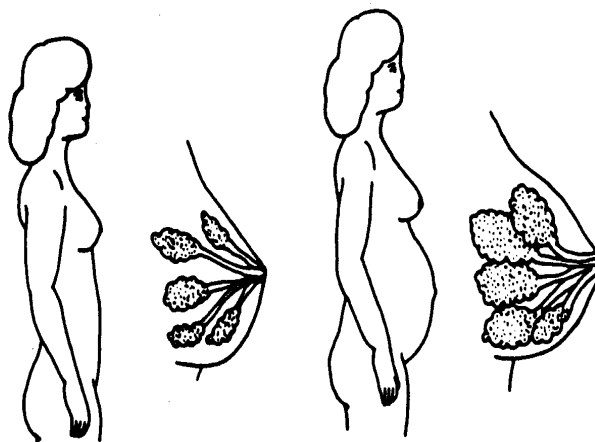
- Pode haver o aparecimento de estrias nas mamas, abdômen, nádegas, provavelmente pelo estiramento da pele, devido ao depósito de tecido adiposo nessas áreas.
- Há uma hiperpigmentação da pele. Há o aparecimento de uma linha negra que vai do monte de Vênus ao umbigo. No rosto às vezes, aparecem manchas de cor castanha clara, chamadas de cloasma que provavelmente desaparecerão após o parto. Essas alterações estar relacionadas com a hipertrofia do córtex das glândulas suprarrenais.
- Há também uma hiperatividade das glândulas sudoríparas, sebáceas e dos folículos pilosos.

Alterações hematológicas:

- Os leucócitos elevam-se, variando entre 6.000 a 12.000/mm³, chegando a 25.000 durante o trabalho de parto.
- O nível de fibrinogênio aumenta em 50% por influência do estrogênio e da progesterona.

Mamas

- As auréolas alargam-se e ficam mais pigmentadas.
- Aparecem inúmeras elevações pequenas (os tubérculos de Montgomery) nas auréolas, que são glândulas sebáceas hipertrofiadas.
- Ocorre a hipertrofia dos alvéolos mamários por volta do 2º mês
- Os mamilos ficam maiores, mais pigmentados e mais eréteis logo no início da gestação.
- Presença de colostro ao redor do 2º mês.
- Há uma hipersensibilidade das mamas.



12. QUEIXAS MAIS FREQUENTES DA

GRAVIDEZ Tonturas e vertigens

São comuns durante a gravidez e se devem a alterações no sistema circulatório.

São mais frequentes no início da gravidez e estão relacionadas à hipotensão postural e à hipoglicemia.

Hipotensão postural

Ocorre quando a gestante levanta, após ter ficado muito tempo sentada. É mais comum nos dias quentes. Para evitá-la é bom não ficar parada por muito tempo na mesma posição. Ao mudar de posição, fazê-lo devagar, respirando profundamente.

Hipoglicemia

Significa "taxa de açúcar baixa no sangue" e ocorre principalmente antes do café da manhã e entre as refeições. Para evitá-la, fazer pequenas refeições várias vezes ao dia.

No último trimestre pode aparecer tontura quando a gestante se deita, pois o útero, comprimindo a veia cava inferior, diminui o retorno do sangue. Essa tontura costuma desaparecer se a gestante se deitar de lado, sustentando a barriga com travesseiros.

Edema

Devido à maior retenção de líquidos e à compressão do útero grávido, é comum o aparecimento do edema principalmente nos tornozelos. Esse edema melhora se a gestante se deitar de lado ou colocar os pés para cima. Se o edema começar a se generalizar, deve-se consultar um médico.

Falta de ar

Pode acontecer no final da gestação, mesmo com pequenos esforços. Se a mulher

não apresenta problemas cardíacos ou pulmonares, a falta de ar não oferece perigo.

Transpiração

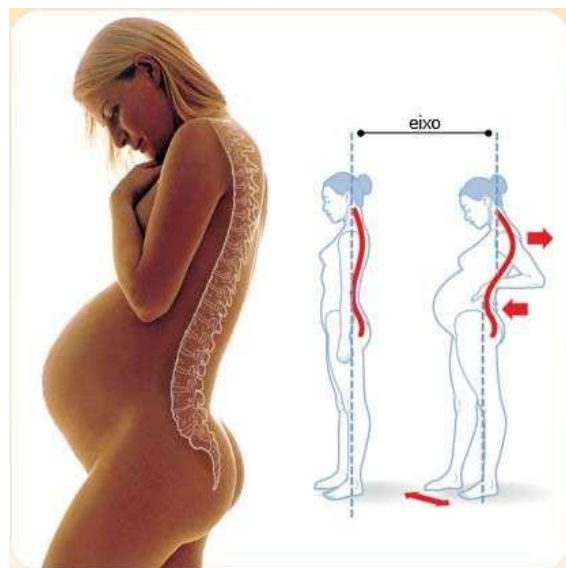
É comum ocorrer transpiração excessiva devido à dilatação dos vasos da pele.

Dor nas costas

No final da gravidez as juntas e os ligamentos da bacia relaxam e o peso do útero faz com que a gestante jogue o corpo para trás quando está de pé. Esses dois fatores juntos é que produzem a dor nas costas, principalmente nas que já tiveram muitos filhos. Aconselha-se:

- Sentar-se apoiando os ossos da bacia e da coxa ou então acocorar-se;
- Procurar não jogar a barriga para a frente e nem os ombros para trás ao caminhar;
- Deitar em lateral esquerdo sustentando a barriga com uma almofada e evitar saltos. Isto melhora a postura e alivia a dor.

O centro de gravidade na gestante: as setas mostram a tendência do seu deslocamento, compensando a lordose.



Cãimbras

As cãimbras acontecem com mais frequência no último mês de gravidez, sobretudo à noite. As massagens nos membros inferiores estimulam a circulação sanguínea e podem aliviar as cãimbras.

Varizes

A gravidez pode provocar o aparecimento de varizes nas mulheres que tem predisposição. Na maioria das vezes desaparecem quando o bebê nasce, porém, algumas podem permanecer.

Como medida preventiva, deve-se colocar as pernas para cima sempre que houver oportunidade. Algumas mulheres precisam usar meias elásticas, que só deverão ser indicadas pelo médico.

Salivação excessiva

A salivação excessiva pode trazer transtornos principalmente quando está associada a náusea ou quando interfere no sono. Pode implicar também em perdas de líquidos e sais, por isso deve-se orientar a gestante para engolir a saliva.

Azia

É frequente no final da gestação. Ocorre porque na gravidez há o relaxamento de uma válvula que fecha a passagem do esôfago para o estômago. Quando o útero aumenta de tamanho, empurra o estômago para cima, e pequenas quantidades do conteúdo deste passam para o esôfago, irritando-o.

Para aliviar a azia não se deve deixar o estômago vazio, comendo pequenas quantidades com maior frequência. É bom também dormir recostada em alguns travesseiros mais altos, e evitar a ingestão de muito líquida à noite.

Náuseas

Mais da metade das gestantes sentem um pouco de enjoo e algumas chegam a vomitar. São mais comuns nos três primeiros meses de gestação, em geral pela manhã, mas podem ocorrer a qualquer hora do dia e, em parte, se devem às enormes mudanças hormonais e metabólicas que acontecem no corpo da mulher. O enjoo pela manhã é mais frequente, porque ainda o estômago está com acúmulo de suco gástrico.

Obstipação intestinal (Prisão de ventre)

Ocorre com muita frequência. Na gravidez a musculatura do intestino sofre a ação da progesterona que relaxa os músculos lisos e diminui seus movimentos, causando prisão de ventre e dor abdominal. No final da gravidez isto tende a agravar-se, pois o útero, aumentado, também faz pressão sobre os intestinos.

Alguns cuidados podem auxiliar:

- Dietas com resíduos e frutas laxantes (verduras e legumes em geral, laranja, ameixa, mamão, etc.)
- Introduzir farelo de trigo na alimentação.
- Tomar água em jejum todos os dias.

Hemorroidas

São mais frequentes em mulheres que já tiveram outros filhos. A prisão de ventre e o esforço para evacuar podem agravar seus sintomas (sangramento durante a evacuação, dor, presença de saliência visível).

Urinar frequentemente

Urinar várias vezes ao dia ou não conseguir "segurar" a urina por muito tempo são queixas comuns no início e final da gravidez. Isto é devido às alterações hormonais e ao crescimento do útero que comprime a bexiga. Sentindo dor e/ou ardor ao urinar, deverá procurar orientação médica imediatamente.

13.SINAIS DE PERIGO NA GRAVIDEZ

Algumas mulheres podem ter problemas durante a gravidez. É preciso que a mulher saiba reconhecer os sinais que indicam perigo na gravidez para procurar com urgência assistência médica:

1. Sangramento vaginal;
2. Perder líquido pela vagina;

3. Dor ou ardência ao urinar;
4. Urinar com sangue;
5. Diminuição ou aumento repentino de peso;
6. Não sentir os movimentos fetais por mais de 24 horas, a partir do 5º mês;
7. Contrações fortes;
8. Sintomas de pressão alta (dor de cabeça, tontura, zumbido);
9. Inchaço no rosto, mãos e pernas pela manhã.

14.CUIDADOS GERAIS NA GESTAÇÃO

Vestuário

Evitar qualquer roupa que restrinja a circulação.

Usar roupas confortáveis; adaptar o vestuário à medida da evolução da gravidez. Poderá ser usada, cinta abdominal, própria para gestante, no final da gravidez, para apoiar o útero aumentado, principalmente se a gestante tem uma musculatura flácida.

O uso de cinta abdominal para gestantes alivia lombalgia e os sintomas de compressão, pois parte do peso do útero é retirada dos ligamentos e dos vasos sanguíneos.

Usar sapatos confortáveis e que ajudem a manter o equilíbrio; sapatos com base maior. Evitar sapatos de saltos altos, pois a gestante tem dificuldade de se equilibrar, uma vez que o seu centro de gravidade é alterado pelo aumento de peso.

Sono e repouso

Dormir 8 horas por noite.

Repousar, por alguns minutos, todos os dias. com os pés elevados. Sempre que possível mantê-los assim, mesmo durante a execução das tarefas domésticas.

Bebidas alcoólicas

O uso do álcool durante a gestação pode ser muito perigoso para a mamãe. Não existe uma dose limite pré-estabelecida para a ingestão do álcool pela gestante que não prejudique o bebê. O aborto espontâneo e o trabalho de parto prematuro, assim como outras complicações da gravidez, também estão relacionados com o uso do álcool, mesmo em quantidades menores. O risco de aborto espontâneo quase dobra quando a gestante consome álcool. Os prejuízos causados no feto pelo álcool podem causar desde gestos desajeitados até problemas de comportamento, falta de crescimento, rosto desfigurado e retardo mental, dependendo da fase da gravidez e também da quantidade de álcool ingerido.

Ducha vaginal

Na gravidez sua prática é contraindicada.

Fumo

O fumo durante a gravidez é prejudicial ao bebê, principalmente se o consumo for

maior do que 10 cigarros por dia.

Causa vasoconstrição periférica, afetando a frequência cardíaca, a pressão sanguínea e o débito cardíaco.

O consumo de cigarros pode alterar o peso do bebê. Quanto maior o número de cigarros, maior a tendência a um bebê de baixo peso e desnutrido. Por estes motivos, aconselha-se que a gestante deixe de fumar.

Cuidado com os cabelos, pele e dentes

A pele e os cabelos podem se tornar oleosos devido ao aumento da função excretora da pele, por isso, a gestante deve prestar um maior cuidado à higiene da pele e dos cabelos.

Tomar banho de chuveiro diário e lavar os cabelos com mais frequência.

São permitidos os banhos de banheira durante toda a gestação, o banho de imersão tende a ser muito relaxante, sendo uma ótima terapia para dores musculares, lombalgia ou insônia.

Estar alerta para evitar quedas e escorregões na banheira ou chuveiro, devido ao equilíbrio diminuído no final da gravidez.

Os cuidados dentários não podem ser negligenciados. Realizar escovação após cada refeição. A anestesia dentária, as obturações e extrações raramente são contraindicadas.

O cuidado que se deve ter com os dentes durante a gestação, é o mesmo que em qualquer época de vida.

Em algumas mulheres pode aparecer Inchaço nas gengivas, junto os dentes - gengivite -, o que é normal e desaparece após o parto.

A escovação adequada e o uso diário de fio dental contribuem para a melhora da gengivite.

Os serviços de saúde oferecem atendimento odontológico à gestante, sendo importante que ela receba esse cuidado no pré-natal.

Viagens

Evitar viagens longas. Caso seja necessário viajar, interromper as viagens longas com períodos de descanso de uns 15 minutos a cada duas horas. Não guiar carro depois do 7º mês. O cinto de segurança deve ser colocado sob o abdômen.

Trabalho

- Deve ser realizado com moderação, sempre evitando a fadiga.
- Procurar diminuir os riscos ambientais (químicos, físicos e biológicos).
- Restringir as áreas de insalubridade e periculosidade.
- Evitar trabalhos que exijam equilíbrio delicado e/ou mudança de turnos (diurno para noturno).

Exercícios

O exercício físico é saudável na medida em que melhora a digestão, o apetite, a função intestinal e sono, além de aumentar a flexibilidade, o tônus muscular e melhorar o condicionamento cardiovascular.

Deve-se estimular o exercício físico regular, com moderação e de maneira individualizada, dependendo da idade e condições físicas da gestante e estágio da gestação.

O hábito de caminhar é particularmente recomendado.

Lembrar a paciente para nunca realizar exercícios até ficar cansada.

Relação sexual

A libido pode ser imprevisível no início da gestação.

À medida que a gravidez evolui devem-se adotar posições sexuais mais confortáveis: evitar posições em que o homem fique por cima.

Devem-se evitar relações sexuais, recomendado pelo médico em casos de:

- Ameaça de abortamento ou parto prematuro;
- Sangramento;
- Dilatação cervical;
- Amniorrexe.

Medicamentos

A maioria das drogas atravessa a barreira placentária e podem ser teratogênicas.

Devem ser evitados quaisquer medicamentos durante o primeiro trimestre da gravidez.

Remédios na gravidez só com indicação médica, pois é grande o número de medicamentos que, se forem tomados durante o início da gestação, poderão levar a malformação fetal.

Aumento de peso

Até há pouco, o aumento de peso era rigidamente controlado, pois acreditava-se existir uma relação entre gordura e a pré-eclâmpsia. Hoje se aceita um aumento de peso maior. Há vários fatores que contribuem para o aumento de peso, entre eles: feto, placenta, líquido amniótico, útero e mamas, aumento do volume de sangue, da gordura depositada e da água retida. Considera-se como aumento normal, até 12,5 kg durante a gestação. Mas há variações e cada caso deve ser avaliado individualmente a gordura é depositada em maior quantidade e há maior retenção de líquido. Um aumento maior que 1 kg por semana, indica excesso de peso ou retenção anormal de líquidos.

Cuidado com as mamas

Ensinar e iniciar cuidados com as mamas visando a amamentação.

Aconselhar o uso de sutiã, preferencialmente de alças mais largas e ajustáveis. A maioria das mulheres necessita de número maior que o habitual para dar melhor apoio às mamas em desenvolvimento.

O uso de um sutiã adequado alivia o desconforto das mamas caídas e evita flacidez após o parto. As mamas devem ser acomodadas por inteiro dentro da taça do sutiã.

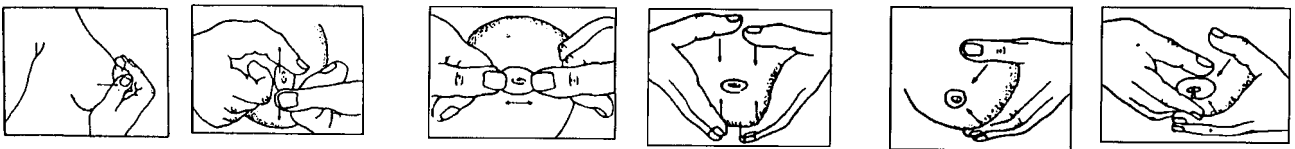
Durante a gravidez as mamas aumentam bastante porque estão se preparando para a produção do leite. É comum, durante a gravidez, aparecer o colostro. O leite será produzido em quantidade suficiente assim que o bebê nascer e começar a sugar

o peito. Quanto mais ele sugar, mais leite será produzido.

As mamas podem ser preparadas para a amamentação durante a gravidez. Orienta-se o banho de sol nas mamas.

A equipe de saúde deve estar preparada para o exame das condições das mamas, e ajudar a mulher nos cuidados a serem realizados durante a gravidez. Além de preparar as mamas, esses cuidados contribuem para maior segurança da mulher quanto a sua capacidade de amamentar.

Exercícios para fortalecer as mamas, ajudar os bicos a ficarem mais salientes, evitar rachaduras e ingurgitamento excessivo.



1. Puxe o bico, imitando a sucção do bebê. Comece com 20 vezes e vá até 50 vezes.
2. Com os dois polegares puxe a aréola para os dois lados, depois para cima e para baixo ao mesmo tempo.
3. Segure as mamas com ambas as mãos e pressione suavemente em direção ao mamilo.

16. PATOLOGIAS

OBSTÉTRICAS Do 1º

Trimestre

HIPERÊMESE GRAVÍDICA

Definição: é um quadro patológico constituído por vômitos intensos, ocorrendo principalmente nos 3 primeiros meses de gestação.

Incidência: é mais comum em primigestas.

Causas:

- Físicas – aumento de hormônios maternos (gonadotrofinas) e problemas psicossomáticos, bem como neuroses.
- Psicológicas – medo da gravidez e parto, insegurança, não aceitação da gravidez.

Sintomas: náuseas, vômito, sialorréia, desidratação e desnutrição.

Tratamento e cuidados de enfermagem:

- Combater o enjoo matutino (comer biscoito, mesmo antes de levantar a cabeça);
- Não omitir a primeira refeição, que deverá ser feita com alimentos secos;
- Fracionar a alimentação;
- Encaminhar para hospitalização caso os vômitos sejam incoercíveis.

ABORTAMENTO

Definição: É a expulsão do feto pesando menos de 500g o que equivale antes da 22ª semana completa.

Causas:

- Hormonais
- Emocionais
- Ginecopatias (incompetência istmo-cervical)

Sinais clínicos:

- Começa com dor intensa, pequeno sangramento vermelho vivo.

Tipos:

- Ameaçado aborto: hemorragia pequena, mas com o colo uterino fechado.
- Completo: feto e anexos são expulsos;
- Incompleto: ficam fragmentos;
- Retido: passa-se um tempo entre a morte do embrião e sua expulsão;
- Habitual: aborto repetido várias vezes sucessivamente.

Tratamento:

- De acordo com a evolução geralmente.

Cuidados de enfermagem:

- Preparar o paciente para curetagem: tricotomia, higiene, jejum, etc;
- Administrar medicamentos;
- Controle rigoroso dos SSVV;
- Orientação quanto: repouso, medicação, exames;
- Apoio psicológico.

Complicações:

- Hemorragia;
- Perfuração uterina;
- Infecção;
- Esterilidade.

GRAVIDEZ ECTÓPICA

Definição: consiste na implantação do ovo fora do útero.

Causas:

- Alterações no peristaltismo das tubas uterinas;
- Má formação tubária;
- Infecção tubária.

Tipos:

- Tubária (mais comum);
- Ovariana;
- Abdominal.



Sinais clínicos : (Tubária Rota)

- Dor abdominal;
- Hemorragia vaginal;
- Choque

hipovol
êmico (hemorragia
interna).

Tratamento

- Cirurgia (laparo + laqueadura de tuba rota)

Cuidados de enfermagem

- Controle rigoroso de SSVV
- Repouso
- Controle de sangramento
- Hemotransfusão



MOLA HIDATIFORME

Definição: é uma degeneração do tecido trofoblástico. Em vez do embrião desenvolvem-se pequenas vesículas de líquido, com aspecto de sagu, ou cacho de uva.

Causas

- Desconhecida;
- Há hipóteses: vírus, anomalia cromossômica, causa imunológica, alimentares, raciais.

Sinais clínicos

- Náuseas e vômitos exagerados;
- Aumento exagerado do volume uterino, muito cheio e mole;
- Sangramento com eliminação das hidátides (vesículas);
- Ausência de BCF

Tratamento

- Esvaziamento da cavidade uterina (curetagem)
- Controle médico (1 ano para impedir malignização da mola)
- Não engravidar durante 1 ano

Cuidados da enfermagem

- Cuidados pré-cirúrgicos: tricotomia, higiene, jejum, etc;
- Reforçar as orientações sobre o controle médico;
- Esclarecer sobre métodos anticoncepcionais.

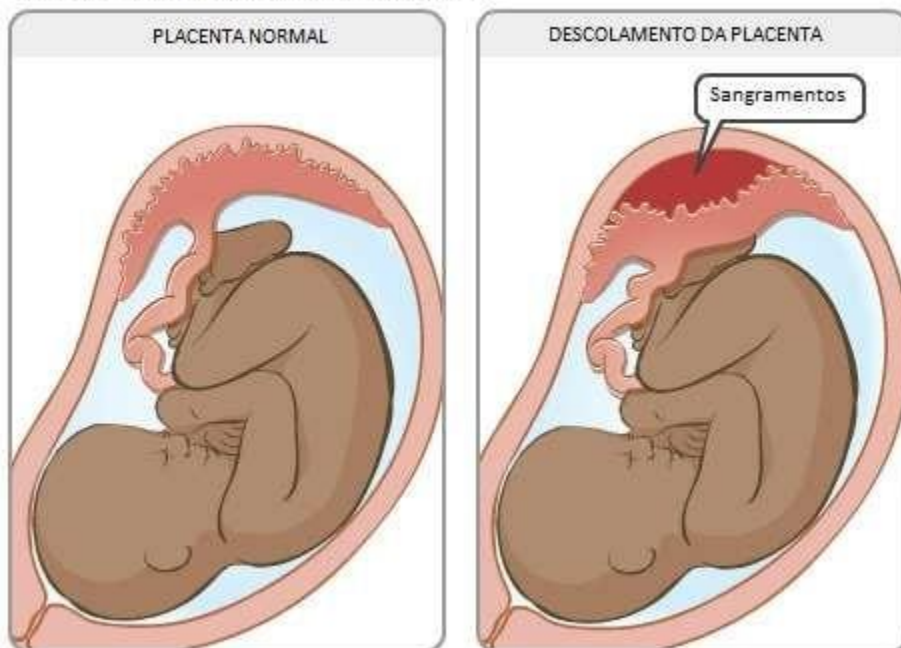


No 2º Trimestre

DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA (DPP)

Definição: consiste no descolamento da placenta antes da expulsão do feto, tendo como consequência, a hemorragia.

Descolamento prematuro da placenta



Causas

- Doença hipertensiva da gestação (provoca áreas hemorrágicas) micro lesões vasculares locais;
- Queda ou traumatismo no abdômen;
- Cordão muito curto.

Sinais clínicos

- Sangramento escuro com coágulos
- Dor abdominal intensa e persistente
- Paciente agitada, pálida, sudoreica e taquicárdica;
- Diminuição PA
- Ausência ou alterações do BCF.

Tratamento

- Indução ao parto
- Vigilância atenta
- Cesárea se feto vivo e viável

Cuidados de enfermagem

- Repouso;
- Controle rigoroso dos SSVVmaterno e BCF;

- Preparo para cesárea;
- Hemotransfusão.

PLACENTA PRÉVIA

Definição: A placenta prévia caracteriza-se pela inserção parcial ou total da placenta sobre o segmento uterino inferior.

Causas:

- As causas reais não são bem conhecidas
- Multiparidades, antecedentes de abortos e curetagem;
- Cicatrizes uterinas, malformações, fibromas.
- Gravidez gemelar onde a superfície de inserção placentária é muito extensa

Tratamento:

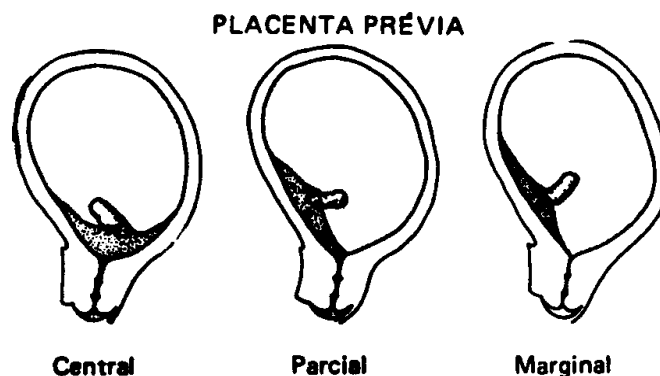
Durante a gravidez:

- Repouso absoluto;
- Antiespasmódicos;
- Vigilância do crescimento e da vitalidade do feto.

Durante o trabalho de parto

- Geralmente indica-se a cesárea

No 3º Trimestre:



TOXEMIA GRAVÍDICA OU DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ (DHEG - PRÉ-ECLÂMPSIA / ECLÂMPSIA)

Definição: é uma complicação que se constitui por uma alteração vascular com hipertensão, edema (pés, mão, face) e proteinúria. Essa doença pode ser evitada através de : controle de peso, verificações de P.A. e pesquisa de proteinúria.

Tratamento e cuidados de enfermagem:

- Isolamento da gestante em quarto arejado, silencioso e escuro de preferência;
- Repouso no leito;
- Dieta Hipossódica;
- Controle rigoroso de SSVV e peso.
- Controle rigoroso do foco fetal;
- Evitar quedas com o uso de grades nas camas, no caso de convulsão;
- Oxigenoterapia de acordo com a prescrição médica;
- Medicamentos: Diuréticos, sedativos, hipotensores, diazepínicos;

A pré-eclâmpsia pode evoluir para a eclâmpsia que é um quadro com convulsões e coma, quando é indicada cesariana de emergência.

HIDRÂMNIQ

Definição: excesso de líquido amniótico > 2 litros.

Causas:

- Gravidez gemelar;
- Incompatibilidade Rh feto materno;
- Malformações fetais;
- Sífilis;
- Diabetes materna.

Sinais clínicos:

- Superdistensão uterina
- BCF longínquos – abafados

Tratamento:

- Repouso
- Diuréticos
- Punções para retirar excesso LA

Cuidados de enfermagem:

- Preparo físico do paciente para punção
- Orientar sobre repouso
- Oferecer apoio psicológico

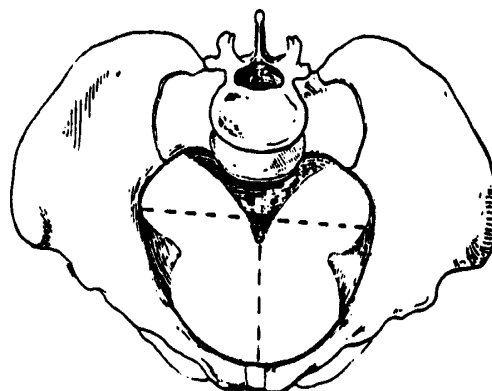
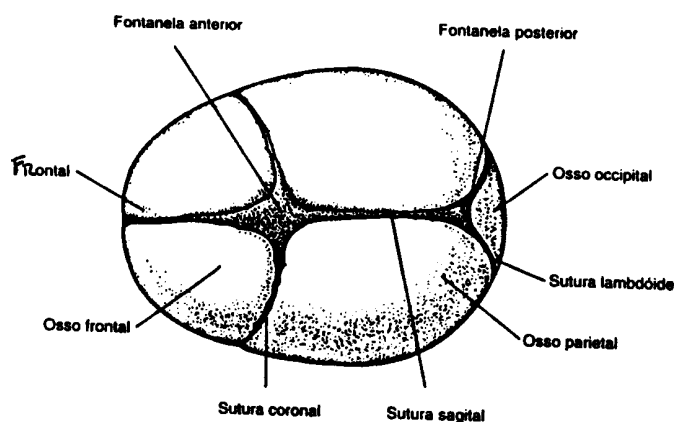
17. POSICIONAMENTO FETAL (O TRAJETO E O

OBJETO) TRAJETO

Para a expulsão do feto, o mesmo deverá vencer os obstáculos impostos pela estrutura óssea da pelve.

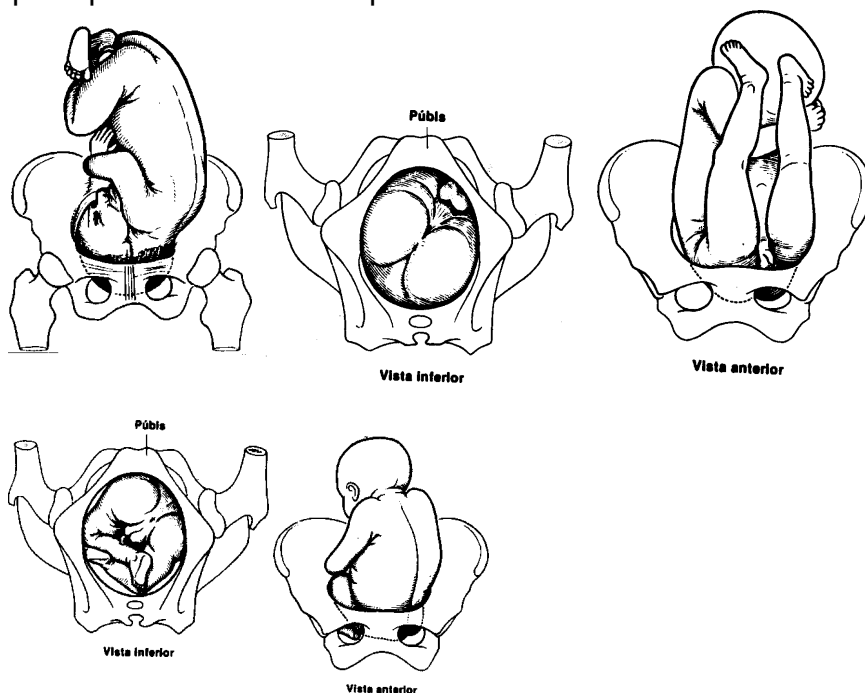
A pelve possui dois estreitos: o superior e o inferior. O diâmetro transverso do estreito superior mede 13 cm eo diâmetro anteroposterior do estreito inferior mede cerca de 11,5 cm (contando com o afastamento do cóccix).

O feto (principalmente a relação com a cabeça)deverá passar pela pelve obedecendo os diâmetros maiores desses estreitos, conforme figura abaixo.



Posicionamento útero-fetal:

Apresentação: é a região fetal que se apresenta primeiro no nascimento. As principais são: cefálica e pélvica.



Apresentação cefálica
incompleta Apresentação pélvica completa

Apresentação pélvica

Situação: é a relação entre o maior eixo longitudinal do feto com o eixo longitudinal da mãe. Pode ser: longitudinal, transversa e oblíqua. A situação longitudinal é a mais comum.

Posição: é a relação do dorso fetal com o lado direito ou esquerdo da mãe. Posição esquerda, quando o dorso fetal se acha voltado para o lado esquerdo da mãe. Esta é a principal posição. Posição direita, quando o dorso fetal se volta para o lado direito da mãe.

O diagnóstico do posicionamento é possível através do toque vaginal (médico ou enfermeira obstetriz), manobras de Leopold e ausculta do BCF.

18. FENÔMENOS MECÂNICOS DO PARTO

1º Tempo

Insinuação: é a fixação da cabeça no estreito superior da bacia

2º Tempo

Descida ou Progressão: a cabeça abaixa do estreito superior para o estreito inferior

3º Tempo

Rotação interna: Acontece para que um menor diâmetro da cabeça do bebê fique no maior diâmetro da bacia da mãe.

4º Tempo

Desprendimento cefálico: a primeira parte da cabeça que aparece é o occipito.

5º Tempo

Rotação Externa: a cabeça volta à posição da insinuação.

6º Tempo

Desprendimento do tronco: saída dos ombros, primeiro o posterior e depois o anterior, e finalmente o resto do corpo.

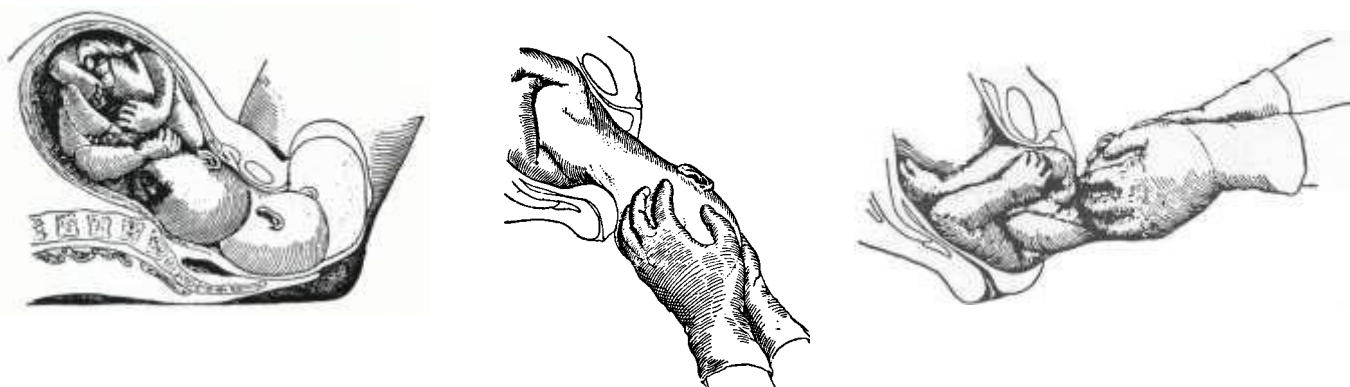


Diagrama indicando a descida, flexão, rotação interna e extensão da cabeça durante o parto.

Tração suave para baixo pode ser feita para colocar o ombro anterior sob a sínfise pubiana.

Elevação da cabeça durante a liberação do ombro posterior.



19. ALGUMAS DROGAS USADAS NA GRAVIDEZ E TRABALHO DE PARTO

SYNTOCINON OU ORASTINA: estimula o trabalho de parto, aumentando ou produzindo as contrações. É geralmente usado antes do parto, diluído em soro glicosado. Não deve ser usado de rotina, porque a superdosagem pode provocar a rotura uterina.

ALUPENT E AEROLIM: relaxam o útero. Usados no caso de parto prematuro para inibir contrações precoces. Podem causar hipotensão e taquicardia. Aerolim EV diluído também promove o relaxamento uterino.

METHERGIN, ERGOTRATE, ERGONOVAMINA OU ERGOTAMINA: usados somente após o parto, provocam a contração em bloco do útero. Pode ser usado IM, EV ou VO. Normalmente é aplicado de 5 a 10 minutos após a dequitação.

ANTIESPASMÓDICO: (ex: Buscopam) geralmente usado para facilitar a dilatação do colo ou diminuir a frequência e a intensidade das contrações, quando elas vão além dos limites normais.

O QUE É PARTO HUMANIZADO?



O **parto humanizado**, no Brasil, é uma nova forma de lidar com a gestante respeitando sua natureza e sua vontade.

No **parto humanizado** a protagonista é a gestante e seu filho que está para nascer. Tão importante quanto os procedimentos médicos também é a atenção e cuidado com o delicado momento em que mãe e filho estão vivendo.

Uma diferença marcante dessa nova forma de parto são os procedimentos, muitas vezes não necessários, de rotina usados nos hospitais como: indução do parto, corte do períneo (episiotomia), uso de anestesia, raspagem dos pelos pubianos, parto

cirúrgico (ou parto cesárea). Esses e outros procedimentos são utilizados apenas quando a gestante e seu cuidador concordam na manobra a ser feita, isto é, a gestante participa ativamente do processo.

Seu cuidador orienta-a e ajuda-a nos momentos necessários. O papel de cuidador pode ser atuado pelo marido ou companheiro da gestante, doula e outros profissionais da área médica. Além do acolhimento físico, seu cuidador se preocupa e age ativamente no acolhimento emocional da gestante.

Antes, durante e após o parto a intervenção médica ocorre apenas quando a situação exige e não por praticidade. Como cada ser humano é único, com suas peculiaridades, o parto possui uma diversidade de situações muito grande. É tarefa do cuidador estar preparado para todas essas diversas possibilidades e agir conforme a gestante e o momento exigem. Por isso, no **parto humanizado** não existe um procedimento específico ou normas rígidas a serem adotadas.

Humanização do parto:

Humanizar é acreditar na fisiologia da gestação e do parto. Humanizar é respeitar esta fisiologia, e apenas acompanhá-la.

Humanizar é perceber e respeitar os diversos aspectos culturais, individuais, psíquicos e emocionais da mulher e de sua família.

Humanizar é permitir o contato contínuo entre mãe, pai e recém-nascido. Humanizar é devolver o protagonismo do parto à mulher.

É garantir-lhe o direito de conhecimento e escolha.

Doula

A palavra "doula" vem do grego "mulher que serve". Nos dias de hoje essa palavra serve para denominar as acompanhantes de parto que oferecem suporte afetivo, físico, emocional e de conhecimento para as mulheres. Esse suporte pode ser dado antes, durante e depois do parto.

Esse é o papel da Doula, atender as necessidades da mulher. O ambiente hospitalar e as pessoas desconhecidas geram na mulher medo, dor e ansiedade na hora do parto. A Doula então oferece todo apoio afetivo e emocional para que a mulher sinta-se segura e tranquila para um dos grandes momentos da sua vida: o nascimento do seu filho.

Não é função da Doula realizar qualquer procedimento médico, como fazer exames, aferir pressão ou administrar medicamentos e cuidar da saúde do bebê. Ela oferece segurança, tranquilidade e conhecimento para um parto seguro e não substitui nenhum profissional envolvido na assistência ao parto.

Pesquisas mostram que o parto em que uma Doula está presente tende a ser mais rápido e necessitar de menos intervenções médicas. Algumas vantagens em se ter uma Doula na hora do parto:

- Diminui o uso do fórceps em 40%
- Diminui a incidência de infecção
- Diminui insegurança da mãe, ocasionando um maior autocontrole e menos dor
- Reduz do risco da depressão pós-parto
- Sucesso na amamentação
- Maior autoestima da mamãe
- Maior satisfação com relação ao parto
- Alta mais rápida do bebê
- Poucas admissões nos berçários de cuidados especiais (UTI neonatal)





“Para mudar o
mundo,
primeiro é preciso
mudar a forma de
nascer”
(Michel Odent)

20. O PARTO

- Diminui as taxas de cesárea em 50%
- Diminui a duração do trabalho de parto em 20%
- Diminui o uso da Ocitocina (indução de parto) em 40%
- Diminui os pedidos de anestesia em 60%
- Diminui o tempo de internação, possibilitando uma maior rotatividade de leitos.
- Economia quanto ao uso de medicamentos (ocitocina, anestésicos, etc).

Antigamente as encarregadas de aparar as crianças, "parteiras" ou "aparadeiras", eram mulheres leigas que aprendiam o ofício com a mãe ou a avó. Ainda hoje, em várias regiões do interior do Brasil e também em outros países com cultura diferente da nossa, elas acompanham o pré-natal, visitam as gestantes e são quase como membros da família. Com o desenvolvimento da nossa sociedade e com

o rumo que tomou a medicina, os partos foram se tornando acontecimentos hospitalares. No Estado de São Paulo, quase 90% dos nascimentos acontecem em maternidade e hospitais.

Por outro lado a transformação do parto em ato médico implicou também num aumento assustador do índice de partos cesarianos. Ao invés de ser estimulado e orientado o parto normal, no qual a mulher participa como protagonista, está ocorrendo o processo de "doencificação" do parto, a transformação deste em doença.

Existem na sociedade e, principalmente entre os médicos, várias discussões sobre assistência ao parto. Fala-se do retorno ao parto domiciliar, do parto Leboyer (onde a assistência médica é feita com o mínimo de intervenções, visando um

nascimento sem grandes traumatismos para a criança).

Discute-se a posição a ser adotada na hora do parto: uns defendem de cócoras ou ajoelhada, outros são radicalmente contra essa posição, adotando a posição horizontal.

O importante é que as mulheres possam participar dessas discussões, obter informações e conversar com alguém que possa orientá-las em suas dúvidas.

Saber de que maneira, onde e com quem vai parir, é um direito da mulher. Mas, o nosso sistema de saúde - da forma como está estruturado ainda não lhe garante esse direito. Devemos informar às gestantes sobre os recursos da comunidade, os hospitais a que têm direito e formas de acesso.

Tipos de Parto Parto tradicional:

A mulher entra em trabalho de parto, e recebe anestesia s/n.

É realizado no Centro Obstétrico, com a parturiente deitada na posição ginecológica. É realizado pelo médico ou enfermeira obstetra. Se o trabalho de parto não evoluir ou estiver muito lento faz-se a indução, através de medicamentos.

Neste tipo de parto a parturiente espera entrar espontaneamente em trabalho de parto, tomar pouca ou nenhuma anestesia e ter o bebê sem auxílio de instrumentos. As mulheres que escolhem esse método se preparam através de exercícios de relaxamento e respiração, apropriados para cada fase do trabalho. A posição frequentemente é discutida e treinada durante a preparação para o parto, que pode ser de cócoras, ajoelhada ou semideitada. O médico acompanha o trabalho estando pronto para intervir se for necessário

Parto fórceps:

É um parto feito com ajuda de instrumentos (duas lâminas - colheres).

O fórceps é um instrumento cirúrgico composto por duas colheres que se articulam para extrair o feto por rotação e tração. Geralmente é aplicado depois que a cabeça fetal atingiu o assoalho pélvico, com a sutura sagital no diâmetro anteroposterior do estreito inferior.

Tipos de Parto com Fórceps:

- Fórceps Baixo: aplicado quando a cabeça atingiu o soalho perineal, estando no estreito inferior da bacia.
- Fórceps Médio: aplicado depois do encaixamento da cabeça.
- Fórceps Alto: usadoraramente. Antes de a cabeça encaixar.

Indicações:

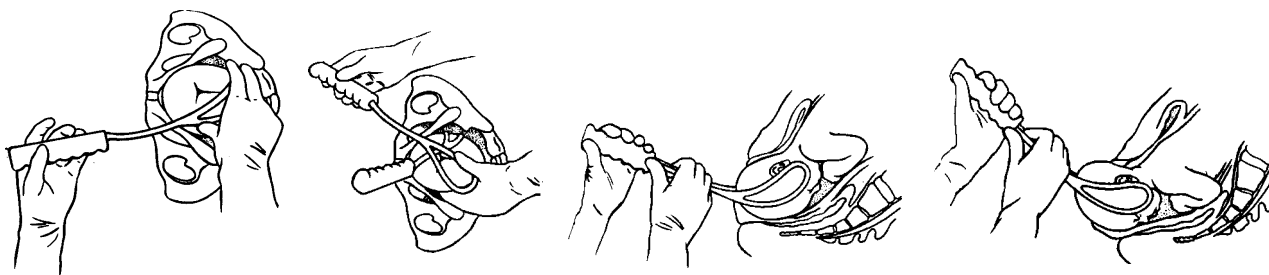
- Frequência cardíaca fetal irregular (-100 ou + de 160 bat/min).
- Eliminação de mecônio na apresentação cefálica.
- Exaustão materna.
- Parada de progressão no período devido à contração uterina fraca e períneo rígido.
- Não rotação da cabeça do feto.

Complicações maternas:

- Perfuração ou rotura uterina;
- Lesão da bexiga ou reto (formação de fístula);
- Laceração do canal vaginal e colo uterino com possibilidade de hemorragia e infecção;
- Prolapso uterino.

Complicações fetais:

- Céfalo-hematoma;
- Fraturas de crânio;
- Lesão cerebral e hemorragia intracraniana;
- Paralisia facial



Parto cesariano:

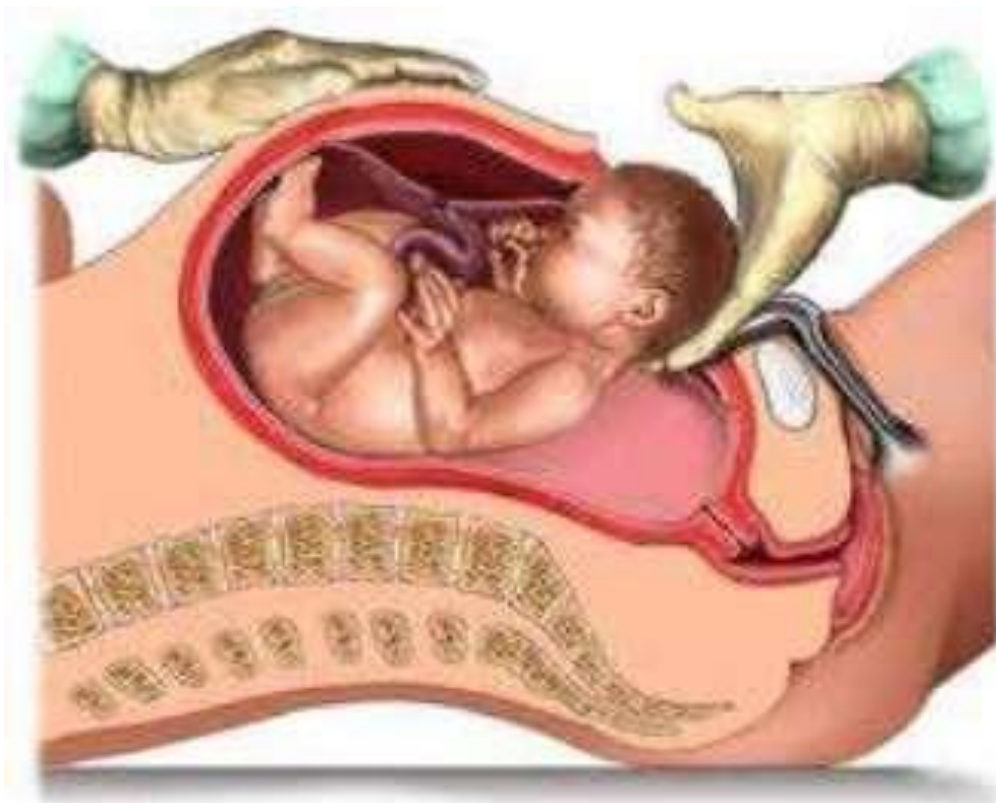
É um procedimento cirúrgico na qual se extrai o feto aí desenvolvido. É uma das cirurgias mais simplificadas e que, no entanto, exige habilidade do cirurgião.

Pode ser realizada de emergência ou planejada.

A decisão depende das condições prévias da mãe (se é portadora de doenças como diabetes, tumores, herpes genital grave, pré-eclampsia, eclampsia, doença renal, etc.) e do tamanho da criança. A recuperação neste tipo de parto é mais lenta e dolorosa.

Indicações:

- Cesáreas anteriores;
- Toxemia gravídica;
- Morte súbita da gestante ou parturiente;
- Desproporção feto pélvica;
- Apresentação pélvica em primiparturiente;
- Placenta prévia;
- Descolamento prematuro de placenta;
- Distócias das partes moles;
- Diabetes;
- Sofrimento fetal,
- Prolapso de cordão;
- Gemelaridade



PARTO HUMANIZADO

O parto é voltado para as necessidades da mulher; é a futura mãe quem toma as decisões. A gestante deve ficar em um local que tenha privacidade, não deve passar fome nem ter sede ou alguma privação.

O ar-condicionado do hospital deve ser desligado, pois ela não pode passar frio. Se, durante o parto normal, ela sentir vontade de andar ou se agachar, ela pode. Quando o bebê chega, deve haver o aleitamento imediato, se a criança estiver bem. A prioridade é a experiência da mãe ao parir seu filho.

EDITORIA DE ARTE / HELVIO OITENPO



NATURAL

Nesse caso, o papel do médico é o de acompanhar. Não há uso de anestésias e não são feitas a episiotomia (corte do períneo) nem a indução.



NORMAL

Também conhecido como parto vaginal, é realizado de acordo com a dilatação do colo do útero. Se as dores forem intensas, pode ser aplicada a anestesia peridural. Também podem ser realizadas a episiotomia e a indução (com medicamentos ou rompimento da bolsa d'água).



CESÁREA

Procedimento cirúrgico, é indicado somente aos partos de risco, como quando há posição inadequada do feto ou descolamento de placenta.



DOMICILIAR

Realizado na casa da futura mãe, é recomendado apenas para gestações de baixo risco e deve ser conduzido por um médico ou enfermeiro obstetra.



DE CÓCORAS

Uma variação do parto normal ou natural, na qual a mãe fica de cócoras em uma cadeira ou sentada em um banco especial. A posição auxilia a saída do bebê e alivia a dor das contrações.



FÓRCEPS

Usado nos momentos finais de um parto normal em que há sofrimento do bebê, o fórceps funciona como uma pinça, auxiliando a saída da criança do útero.



NA ÁGUA

Indicado somente para a gravidez de baixo risco, o nascimento é feito dentro de uma banheira, com água à temperatura do corpo da mãe para que a saída da criança seja de um ambiente líquido e quente para outro com as mesmas características.



LEBOYER

A ideia aqui é um nascimento em ambiente com pouca luz, dando banho no bebê logo após o parto para oferecer ao recém-nascido uma chegada calma e sem estresse ao mundo.



Tempo de gestação:

Gestação normal – 40
semanas Prematuro –
inferior a 38 semanas

A termo – 38 a 41 semanas
Pós-termo – acima de 41 semanas

Sinais de parto:

Mediatos:

- Insinuação: a “barriga desce”. Isto acontece nos últimos dias de gravidez.
- Perda do tampão vaginal: também pode acontecer alguns dias ou horas antes do trabalho de parto.

Imediatos:

- Perda de líquido amniótico: pode ser total ou parcial.
- Contrações uterinas em intervalos regulares.
- Dilatação do colo uterino.
- Perda de mucosidade com ou sem sangue.
- Abaulamento do períneo: parto iminente.

21. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À

PARTURIENTE Na admissão: (na sala de admissão)

Material Necessário:

- Fita métrica para medir a A.U.;
- Sonar doppler para ausculta dos BCF;
- Termômetro;
- Aparelho de PA;
- Antisséptico para desinfecção da vulva.

Após admissão preparar:

- Material para tricotomia, S/N;
- Material para sondagem vesical (esp. em caso de cesárea);
- Roupas esterilizadas (camisola, gorro e propé)

Ações de Enfermagem durante a admissão:

- Verificar SSVV;
- Medir A U.;
- Auxiliar a realizar exame obstétrico: inspeção, palpação, toque, avaliação do estado geral, verificação da idade gestacional;
- Executar tricotomia da região abdominal, vulvar e perineal, incluindo

ânus; S/N

- Encaminhar ao banho de aspersão;
- Apoio emocional;
- Fazer anotações no prontuário que constam de:
 - nome da paciente;
 - idade da paciente;
 - D.U.M. e D.P.P.
 - A U.
 - N° de paridades;
 - N° de gestação;
 - N° de abortos;
 - Estado da bolsa (rota ou integra);
 - Duração e intervalos das contrações;
 - Dilatação;
 - Estado psicoemocional;
 - Procedimentos realizados.

22. FASES DO TRABALHO DE PARTO

1ª Fase - Dilatação:

Consiste na abertura do colo uterino, formando um só canal, com a vagina. No início dessa fase, ocorre saída do tampão mucoso (muco branco – com raias de sangue).

Essa fase costuma durar de 12h. (para primíparas) a 7h (para múltíparas). Caracteriza-se por contrações uterinas regulares.

A rotura da bolsa acontece na fase de dilatação plena - espontânea ou artificial. A dilatação estará completa quando atingir 10 cm de abertura.

Nesta fase algumas mulheres preferem andar para distrair-se das dores, outras querem deitar-se. É importante que a mulher relaxe nas contrações.



O trabalho de parto ativo, caminhar, uso da bola suíça, banho de chuveiro contribuem para o aumento da dilatação, diminuição da dor e da duração do TP.

O efeito das contrações uterinas resulta em apagamento e dilatação da cérvix.

As contrações uterinas aumentam tanto em frequência quanto em amplitude. No começo do período, ocorre 1 ou 2 contrações em 10 minutos de 10 a 15 segundos de duração. No final, podem chegar a 4 ou 5 contrações em 10 min. com 45 a 60 segundos de duração.

Ações de Enfermagem na 1ª fase do parto:

Dilatação:

- Controlar SSVV;
- Controlar BCF a cada 30' depois a cada 15';
- Manter a bexiga vazia (a cada 3 horas, orientar para micção)
- Realizar cateterismo vesical s/n
- Controlar as contrações uterinas (dinâmica uterina) - o número das contrações em 10' e a duração das mesmas (atenção a contração não deve durar mais que 70')
- Manter jejum se prescrição medica;
- Oferecer dieta se prescrição medica;
- Oferecer apoio psicológico
- Manter higiene da paciente
- Administrar medicação prescrita;
- Estimular parto ativo: deambulação, banho de chuveiro, bola suíça;
- Realizar massagem de conforto em região sacral para diminuição da dor;
- Estimular presença de acompanhante no TP e parto.

Se não houver rotura espontânea da bolsa faz amniotomia (com 7 ou mais cm de dilatação e apresentação baixa).



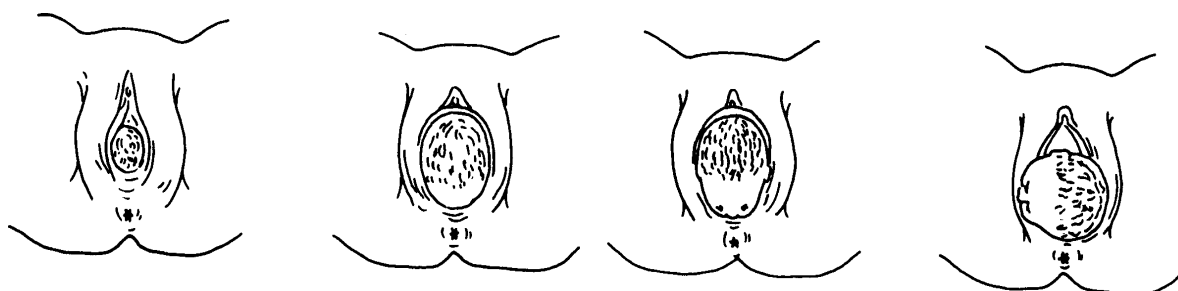


2ª Fase – Expulsão:

As contrações intensificam-se, até atingir 5 contrações/10'. O útero vai empurrando a criança pelo canal do parto. Nesse momento, a criança vai se movendo conforme vai descendo, encontrando a melhor maneira de passar. Nessa hora, a mulher pode ajudar fazendo força para baixo, como se fosse evacuar. Essa fase dura mais ou menos 50' para as primíparas, 20' para as múltíparas.

A episiotomia é uma ampliação da abertura vaginal. A episiotomia pode ser mediana, lateral esquerda ou direita. Deve ser feita quando viável, 3 cm da cabeça.

A episiotomia é uma intervenção que não deve ser realizada de rotina.



Sequência da expulsão da cabeça (coroamento)

Ações de Enfermagem na 2ª Fase do Parto:

Expulsão:

- Atender a parturiente carinhosamente;
- Colocá-la na mesa e posicioná-la, após tê-la transportado com cuidado;
- Abrir pacotes, bandeja e todo o material necessário;
- Providenciar:
 - Material esterilizado: campos aventais, luvas, caixa do instrumental para o parto, seringas, agulhas, gazes e fios de sutura;
 - Medicamentos: ergotrat, xilocayna, etc;
 - Material não esterilizado: banquinho, ap. de P.A., cuba rim, bacia.
- Atuar como circulante na sala de parto empregando técnica asséptica;

- Fornecer os materiais ao médico ou à obstetriz quando necessário;
- Confortar a parturiente;
- Estimulá-la a fazer força para baixo como se fosse evacuar;
- Recolher a criança em campo esterilizado;
- Verificar sexo da criança, informar a mãe, levar para a sala de reanimação;
- Administrar ocitocito à mãe;
- Colher sangue da mãe em caso de suspeita de Rh negativo e também do cordão da criança;
- Proceder os cuidados imediatamente ao RN

3ª Fase – Dequitação ou Secundamento:

Secundamento é também chamado de livramento ou dequitação. É o período final do parto, que começa imediatamente após o nascimento da criança e termina com a expulsão da placenta e das membranas.

Nesse período, a mulher sente um relaxamento e alívio das contrações. O útero continua contraindo-se. Dura + ou – 15 minutos. Quando a placenta está totalmente descolada, ela desliza para a vagina, pelo orifício do colo ainda aberto.

Ações de Enfermagem na 3ª Fase do Parto:

Dequitação:

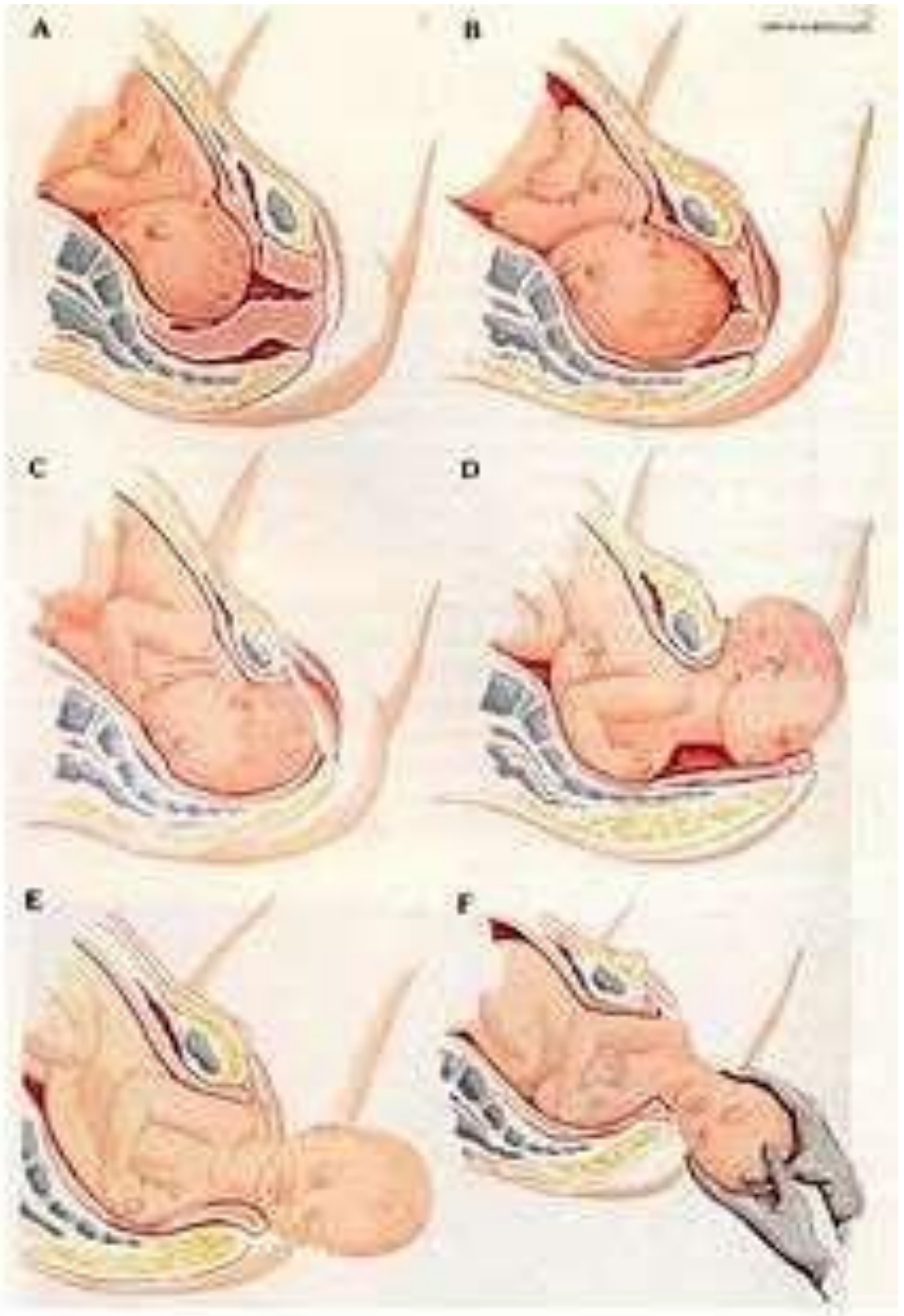
- Fazer ligeiramente compressão sobre o útero para facilitar a saída da placenta;
- Pedir a mãe para continuar a fazer força para baixo;
- Receber os anexos em uma bandeja, fazer revisão dos mesmos, verificando se estão completos;
- Aplicar ocitocito;
- Fazer episiorrafia, ourafia de laceração auxiliar, oferecendo anestésicos, fios ou gazes;
- Verificar P.A. por 1 hora pós-parto com intervalo de 15 minutos.
- Transportar a mãe da maca para o quarto.

Ações de Enfermagem no Pós Parto Imediato:

- Receber a puérpera no quarto e propiciar ambiente confortável, semiescuro, agradável e calmo para repouso;
- Controlar os SSW, anotar e comunicar anormalidades;
- Observar rigorosamente o sangramento, anotar e comunicar anormalidades;
- Observar no local da episiorrafia: presença de edema, sangramento, etc., anotar e comunicar anormalidades;
- Avaliar distensão abdominal (atonia uterina, gases intestinais, etc);
- Observar reações emocionais da mãe;
- Estimular contato com o bebê;
- Administrar medicação prescrita;
- Incentivar deambulação logo que possível;
- Estimular a alimentação.

- Orientar para a higiene geral, especialmente a perineal;
- Estimular o aleitamento materno na 1 hora de vida;
- Anotar todos os procedimentos executados.





23. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO

PUERPÉRIO Definição:

Puerpério - De Puer, criança e parere,parir. Período onde ocorrem manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna. Inicia-se após o parto e termina quando a fisiologia da paciente volta ao estado anterior à gestação. Isto acontece aproximadamente em 6 semanas.

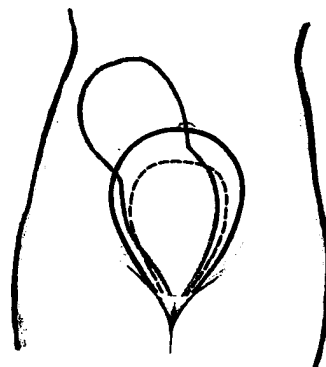
Classificação

- Puerpério imediato - Da 1ª à 2ª hora pós-parto
- Puerpério mediato - Da 2ª hora até o 10º dia pós-parto
- Puerpério tardio - Do 11º até 42º dia pós-parto
- Puerpério remoto - Do 42º até 60º dia pós-parto em pacientes não nutrízes: nas nutrízes até 4 ou 5 meses.

Modificações locais pós-parto

Útero:

- Peso inicial pós-parto 1.000g peso final 40 a 60 g
- Altura: 15 cm (diminuindo cerca de 1 cm ao dia). No primeiro dia, pós-parto, atinge a altura do umbigo. No final da primeira semana, o fundo uterino encontra-se cerca de cinco dedos horizontais acima da sínese púbica. Por volta do 12º ao 14º dia, torna-se novamente pélvico. A involução uterina é rápida nos primeiros dias e mais lenta nos dias seguintes. No puerpério imediato há formação do globo de segurança que tampona os vasos sangrantes, com duração de poucas horas. A seguir há um relaxamento.
- Largura:9 cm
- Consistência dura
- Sensibilidade - indolor à apalpação
- Colo Uterino: apresenta-se flácido, edematoso e às vezes com laceração (cerca de 71% dos casos); restauração em aproximadamente 24 horas



Vagina e Vulva

Ficam entreabertas. São marcantes as alterações involutivas da vagina. Logo após o parto a mucosa vaginal apresenta-se com a coloração arroxeada, característica da gravidez, podendo apresentar algumas soluções de continuidade de origem traumática, com perda de pequena quantidade de sangue. Volta à sua estrutura normal em 3 semanas.

Períneo

Rapidamente a musculatura perineal se retrai o que lhe confere certo tônus, estreitando-se novamente a luz vaginal e do vestibulo. De grande importância para o futuro ginecológico da mulher, é a involução da musculatura pélvica, perineal e dos

órgãos genitais internos.

Nos primeiros dias, os cuidados resumem-se na rigorosa higiene local. Para tudo, duas a três vezes por dia e tantas quantas a puérpera urinar ou defecar, é feita a limpeza externa aplicando antisséptico, quando houver episiorrafia e laceração.

Abdômen: musculatura abdominal flácida

Temperatura: pode subir nas primeiras 24 horas após o parto

Peso: perda de 2 a 3 kg na primeira semana. Fatores lóquios, leite, suor, urina.

Aparelho respiratório: capacidade vital diminui imediatamente após o parto.

Aparelho Cardiovascular: PA cai inicialmente, e normaliza-se dentro de 5 dias. Varizes regridem. Hb e Ht diminuídos.

Pele

- Sudorese intensa
- Aumento da atividade secretora
- Diminuição da hiperpigmentação
- Queda da lanugem

Mamas

Único órgão que após o parto começa sua evolução.

Depois do parto durante dois ou três dias, as mamas produzem um líquido amarelo viscoso denominado colostro. Este, em quantidade pequena, é pobre em calorias, lipídios e glicídios e muito rico em proteínas. Por esta razão nos primeiros dias, o recém-nascido perde peso, recuperando-o quando o colostro é substituído pelo leite que é mais pobre em proteínas, porém mais rico em glicídios e em lipídios. Durante a amamentação, as glândulas mamárias aumentam de volume não só pela proliferação dos ácidos como também pelo acúmulo de leite.

As mamas necessitam de particular asseio. Os mamilos e a auréola podem ser lavados, antes das mamadas e depois delas, apenas com água evitando sabão por causar ressecamento.

No 3º dia do parto, dá-se a apoiadura com desconforto considerável à paciente. Ficam as mamas ingurgitadas e doloridas. Consegue-se alívio, aplicando-lhes compressas quentes e úmidas e administrando ocitocina, pela via nasal, que provoca a saída do leite e ameniza a congestão. Durante todo o período de aleitamento, as mamas devem ser mantidas bem elevadas pelo sutiã para evitar acotovelamentos vasculares e “empedramento”.

Lóquios

Com o nome de lóquios designa-se o fluxo sanguíneo que se escoia pelo trato genital nos primeiros dias do puerpério. São quase completamente sanguíneos até o 3º dia, contendo mesmo pequenos coágulos; tomam-se, a seguir, mais claros. Gradualmente, a proporção de sangue vai diminuindo, a cor mudando do vermelho para marrom-amarelado e finalmente, para esbranquiçados, desaparecendo por

fim. O cheiro dos lóquios é semelhante ao cheiro do sangue menstrual. A modificação de cheiro para fétido, é quase sempre sinal de infecção. Lóquios não é menstruação.

Volta da menstruação

Por volta dos 45 dias (pós-parto longínquo) há tendência a restabelecer os ciclos menstruais normais. Se a mulher continua a amamentar, a infertilidade poderá se prolongar.

Intestino

Nos primeiros dias do puerpério, habitualmente há uma constipação intestinal. Recomenda-se dieta rica em fibras, bastante líquidos e deambulação precoce.

Dieta

Durante a amamentação devem ser evitadas as bebidas alcoólicas e alimentos muito condimentados os quais são prejudiciais ao lactente. Nas primeiras horas pós-parto ingerir bastante líquidos. Os alimentos devem contar muitos resíduos a fim de melhorar a função intestinal.

Deambulação

Desde as primeiras horas é aconselhável à puérpera, a mobilização ativa no leito. Certos exercícios ser-lhe-ão permitidos enquanto ainda se achar no leito. O levantar deverá ser precoce, entre 6 e 8 horas. Estas medidas visam principalmente a prevenção da doença tromboembólica, bem como, mais rápida normalização da função vesical e intestinal. O escoamento dos lóquios é facilitado pela mais rápida retomada da postura vertical. Todas as mulheres devem ser aconselhadas à prática de exercícios não só no período de puerpério tardio e longínquo, como nos meses que se seguem. Consegue-se assim, a mais completa e rápida recuperação funcional dos grupos musculares e ligamentares que mais forem solicitados durante parto. Sendo assim, a mulher deve reassumir o mais brevemente possível, seus afazeres habituais visando vantagens, tanto orgânicas como socioeconômicas.

Conduta de enfermagem no puerpério imediato

- Manter venóclise.
- Apalpar o útero para assegurar-se de este estar bem contraído.
- Controlar sangramento vaginal a cada 30 minutos ou com maior frequência se houver indicação.
- Observar a coloração das mucosas.
- Verificar sinais vitais (PA e P), a cada 30', ou com maior frequência se houver indicação.
- Observar e anotar o estado geral da paciente
- Inspeccionar incisão cirúrgica para detectar possível formação de hematoma.
- Estar alerta para a possibilidade de hipotonia ou atonia uterina; Se necessário:
 - Administrar oxitocina endovenosa conforme prescrição.

- Realizar massagem e/ou expressão uterina.
- Utilizar saco de areia.
- Aplicar bolsa de gelo.
- Manter paciente aquecida, pois estas se queixam de frio e apresentam calafrios imediatamente após o parto, devido, em parte, à reação nervosa, à fadiga, etc. Tranquilizar familiares ou visitantes que presenciar este fato.
- Manter paciente tão limpa e confortável quanto possível e assegurar seu descanso.

Conduta de enfermagem no puerpério mediato

- Aproveitar todas as atividades assistenciais, como um meio para estabelecer uma boa relação enfermeiro-paciente.
- Estimular o banho diário, inclusive com a lavagem do cabelo, se necessário. A puérpera apresenta uma sudorese maior. O primeiro banho após o parto será assistido, para a segurança da paciente.
- Orientar sobre a necessidade de sono e repouso. Se não houver sono e repouso adequados, a puérpera poderá se mostrar ansiosa e preocupada por coisas de menor importância que, em outras circunstâncias, não a preocupariam.
- Limitar as visitas, durante a hospitalização, a fim de que a puérpera não se canse demasiadamente. Deverá ser permitida a visita do companheiro ou pai do recém-nascido.
- Adaptar as rotinas hospitalares de modo a proporcionar à puérpera períodos ininterruptos de descanso.
- Providenciar e oferecer dieta hipocalórica, hipolipídica e hiperproteica (puérpera em condições de normalidade).
- A puérpera geralmente tem bom apetite e frequentemente conversa sobre os alimentos. A falta de apetite pode ser um primeiro sinal de alguma anormalidade na sua evolução.
- Administrar suplementação vitamínica, se necessário.
- Estimular a ingestão hídrica.
- Supervisionar o funcionamento intestinal.
- Ensinar a importância da dieta equilibrada, com alimentos ricos em fibra (como verduras, frutas etc.) e a prática de exercícios para corrigir a obstipação. A diminuição do peristaltismo intestinal é encontrada durante um a três dias, após laparotomia (cesárea, laqueadura tubária) ou mesmo após parto por via vaginal.
- Orientar a parturiente sobre a necessidade de urinar em intervalos regulares para reeducar a bexiga.
- Explicar os riscos de uso do álcool, fumo e automedicação no período puerperal.
- Estimular a deambulação precoce após o parto. A deambulação precoce apressa a involução uterina, promove a drenagem dos lóquios, melhora o funcionamento da bexiga e dos intestinos, melhora a circulação e reduz

a incidência de tromboembolismo.

- A deambulação está indicada:
 - Após 4 horas para parto normal, com ou sem episiotomia
 - Após 6 horas para partos sob anestesia peridural
 - Após 8 a 12 horas para partos sob anestesia raquidiana. Nestes, a puérpera deverá ser mantida em DDH até completar 12 horas ou segundo recomendação médica.
- Ao deixar a cama pela primeira vez, é aconselhável que a puérpera permaneça sentada por alguns instantes antes de levantar-se; a seguir, caminhar alguns passos, sentar por curtos períodos e assim ir aumentando gradualmente suas atividades.
- Explicar à puérpera o objetivo da deambulação precoce, pois muitas acham que uma vez fora da cama são totalmente responsáveis por seu autocuidado e, às vezes, relutam ou ficam ressentidas por estarem sendo forçadas a uma independência para a qual não estão preparadas. Outras já se sentem mal por estarem dependendo de alguém e não querem "dar trabalho", tentam realizar algumas atividades sem pedir ajuda.
- Reconhecer as necessidades individuais de cada puérpera para proporcionar cuidados adequados.
- Observar e anotar eliminações.
- Observar coloração das mucosas.
- Inspeccionar as mamas diariamente. Reforçar o instinto materno e o desejo de amamentação; fazer referências às vantagens do aleitamento materno.
- Ensinar técnica de amamentação.
- Promover o estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho.
- Ensinar cuidados com mamas e mamilos. Lembrar que a flacidez é um fator de constituição individual e não tem relação com a amamentação.
- Ensinar e supervisionar todos os cuidados com o recém-nascido (banhos, trocas, estimulação psicomotora, vestuário, amamentação etc.).
- Observar sucção do recém-nascido.
- Explicar sumariamente os métodos anticoncepcionais.
- Durante as orientações, guiar-se pela necessidade individual, lembrando que as pacientes assimilam uma quantidade limitada de informações de cada vez.
- Inspeccionar diariamente o períneo, orientando sobre os cuidados com as incisões cirúrgicas e as lacerações suturadas.
- Cesárea e laqueadura tubária:
 - Retirar curativo após 8 a 12 horas.
 - Lavar a incisão com água e sabão.
 - Manter a incisão limpa e seca
- Episiotomia:
 - Lavar com água e sabonete três vezes ao dia e após as evacuações e micções
 - Manter a incisão limpa e seca

- Verificar diariamente a cor, odor, aspecto e quantidade dos lóquios.
- Observar diariamente a involução uterina
- Estar alerta para sinais de infecção puerperal:
 - Hipertermia
 - Dor
 - Lóquios fétidos.

Fases de recuperação no período pós-parto e depressão pós-parto

Nos primeiros dias do pós-parto, a puérpera vive um período de transição, sendo vulnerável a pressões emocionais. Alguns problemas que enfrentaria com relativa facilidade podem deixá-la ansiosa ao assumir maiores responsabilidades em relação ao recém-nascido, à família e à casa. Assim também, as suas próprias carências afetivas e de atenção podem produzir sentimentos de ciúme e culpa ao darmos maior atenção ao recém-nascido.

Rubin descreveu duas fases da recuperação: a fase de internalização e a fase de aceitação.

Fase de Internalização: Dura cerca de 2 ou 3 dias. Nesta fase, a mãe se apresenta passiva, dependente, com pouca iniciativa. Faz aquilo que lhe dizemos para fazer. Não questiona. Qualquer atividade parece cansá-la. A alimentação, o sono e os descansos periódicos são muito importantes nesta fase de recuperação.

Fase de Aceitação: começa após a fase de internalização e dura cerca de dez dias. Nesta fase, a paciente começa a progredir até se tornar independente e autônoma. Ela começa a ter iniciativa e se apresenta preocupada com seu organismo, com a amamentação, com o autocuidado e o cuidado de seu recém-nascido. Está ansiosa para ter controle absoluto do seu corpo, para desempenhar bem suas atividades maternas. A falta de habilidades, ou o fracasso nos seus primeiros cuidados maternos, como amamentar, fazer o recém-nascido eructar, realizar trocas de roupa etc., podem levá-la ao desespero.

O enfermeiro deverá reconhecer e interpretar o comportamento materno e proporcionar apoio e compreensão. Se a paciente sentir vontade de chorar, deve ser respeitado o seu desejo. Deve assegurar-lhe, também, que seu comportamento não é anormal e que muitas vezes chorar faz bem, porque, como dizia o poeta, há um certo prazer nas lágrimas.

Conduta de enfermagem

- Promover um sono reparador e descansos regulares, para que a mãe possa enfrentar com maior capacidade as atividades que lhe são requeridas.
- Estar alerta para que as atuações de enfermagem não ponham em evidência a incapacidade da paciente como mãe.
- Dar instruções a respeito do que se deve esperar e como preparar-se para enfrentar as situações.
- Dar orientações adequadas relacionadas com os processos pelos quais a paciente está passando.
- Dar instruções e demonstração prévias dos cuidados e deixar que a mãe execute as tarefas, não importando de que maneira ela as

execute.

- Reforçar a sua atuação quando esta for adequada, demonstrando confiança na habilidade materna para realizar novas tarefas.
- Ajudar a mãe a moderar expectativas e a fixar limites para suas atividades.
- Explicar a importância do sono e repouso, sobretudo na fase de aceitação, pois, provavelmente, a puérpera se mostrará ansiosa para realizar muitas tarefas, o que poderia deixá-la fatigada.

Complicações no Puerpério

As complicações que podem ocorrer com maior frequência no puerpério são :

- Hemorragias puerperais;
- Infecções puerperais;
- Rachaduras e fissuras do mamilo;
- Mastites;
- Flebites;
- Hematomas vulvares;
- Deiscência de sutura.

HEMORRAGIA PUERPERAL

Podem ocorrer após o parto ou no decorrer de alguns dias. São perdas sanguíneas que por vezes tornam-se graves. As causas mais comuns são:

Retenção de restos placentários: os restos da placenta e das membranas que podem permanecer após a dequitação, representam a causa mais comum das hemorragias puerperais.

Hipotonia uterina: principalmente em multíparas o útero não se contrai não comprimindo os vasos sanguíneos do útero que continuam sangrando nas áreas onde descolou a placenta.

Cuidados de Enfermagem:

- Controle do sangramento;
- Controle de sinais vitais;
- Massagem do útero;
- Administração de medicamentos prescritos.

INFECÇÃO PUERPERAL

É considerada aquela que se origina no aparelho genital, decorrendo de parto recente. Em geral ocorre nas lacerações ou feridas do canal de parto ou zona de implantação da placenta, podendo comprometer todo o aparelho genital e organismo.

Sintomas:

- Temperatura superior à 38°C, principalmente;
- Lóquios fétidos;
- Dor.

Pode ser causada pela falta de assepsia das pessoas que lidam com

paciente e do material (luvas, instrumentais); de infecções existentes nas vias genitais externas ou provir de qualquer foco de infecção: dente, garganta, furúnculos.

Cuidados de Enfermagem:

- Administração de medicamentos prescritos (antibióticos, analgésicos, ocitócitos);
- Orientar, quanto à higiene perineal;
- Utilizar técnicas assépticas ao prestar cuidados;
- Prestar assistência à paciente no transcorrer da curetagem.

RACHADURAS E FISSURAS DO MAMILO

As feridas superficiais denominam-se rachaduras e as profundas fissuras. São observadas frequentemente nos primeiros dias de lactação.

São ocasionadas pela pega esucção do lactente de forma inadequada e ocorre com maior frequência nas primíparas, nos casos de mamilo plano, e quando existem más condições higiênicas e a falta de preparo do mamilo (massagem, raios de sol), a partir do 7 mês de gravidez.



A paciente sente dor espontânea, ao roçar das vestes e principalmente na hora da mamada. O tratamento é feito com medicamentos locais.

Cuidados de Enfermagem:

- Incentivar a continuidade da amamentação;
- Expor a mama ao sol;
- Esgotar manualmente a mama;
- Não usar sabão na higiene dos seios.

MASTITES

São processos inflamatórios das mamas. Tem maior facilidade para adquiri-la, a puérpera que possui lesões mamilares, e/ou pratica erros de amamentação, e de higiene.

Desde que a mama se encontra ingurgitada até a comprovação de mastite, deve ficar elevada com sutiã adequado, pode fazer uso de analgésicos, antibióticos e compressos quentes. A amamentação deve ser suspensa, se necessário. Quando houver abscesso mamário, este será tratado convenientemente.



Cuidados de Enfermagem:

Em casos de mastite sem abscessos;

- Não suspender a amamentação;
- Aumentar o número de mamadas;
- Limpeza com água morna;
- Compressas quentes e úmidas antes das mamadas.

FLEBITE

É a inflamação das paredes dos vasos. Para a sua prevenção e de outras complicações circulatórias a paciente deve sair do leito, se o parto for normal, nas primeiras 6 ou 8 horas de puerpério.

Cuidados de Enfermagem:

- Mobilização ativa dos membros inferiores no leito;
- Incentivar deambulação precoce.

HEMATOMAS VULVARES

Quando são realizadas as episiotomias, após sua reparação, pode ocorrer que um vaso fique sangrando dentro da ferida suturada, causando um hematoma. A paciente recebe analgésicos e antibióticos e a sutura deve ser reaberta para que se faça a hemostasia do vaso.

Cuidados de Enfermagem:

- Administrar os medicamentos prescritos;
- Observar e fazer o curativo de episiorrafia.

DEISCÊNCIA DE SUTURA

É a consequência de instalação de microrganismos na episiorrafia. É tratada com curativos locais, antibióticos e analgésicos.

Cuidados de Enfermagem:

- Orientar quanto à higiene;
- Evitar o excesso de esforço físico;
- Fazer curativo;
- Administrar medicamentos prescritos

24. AMAMENTAÇÃO

Introdução:

Até há algumas décadas, a amamentação era uma função biológica experimentada por quase todas as mulheres. A partir de 1940 observou-se uma queda acentuada de amamentação. Isso trouxe prejuízo para o bebê e sua mãe, principalmente nos países pobres, onde o leite materno, de alto valor biológico, foi substituído por leite de vaca, geralmente diluído e contaminado.

As causas do desmame precoce são muitas, e a maioria está ligada a mudanças de valores sociais e tipo de vida. Convém destacar entre estas causas,

a ação das indústrias de leite em pó, que atuaram não só através de propaganda direta, como por meios indiretos, distribuindo amostras e interferindo na prática médica. Os serviços de saúde também contribuíram para o desmame precoce, tanto por adotar rotinas e práticas que dificultam o aleitamento, quanto por omitir orientação às mulheres.

Para que esse processo possa ser revertido, o incentivo para o aleitamento natural deve ser iniciado desde o pré-natal e continuado durante todos os atendimentos prestados à criança e à mãe.

É bom lembrar que, apesar do serviço de saúde ter um papel importante nesse processo de retorno à prática da amamentação, a sociedade deve buscar formas de garantir à mulher e ao bebê esse direito, através de creches nos locais de trabalho, leis trabalhistas de apoio à maternidade e grupos de apoio na comunidade para as mães que não têm família. Toda mulher pode amamentar desde que ela o deseje. Mas muitas mulheres deixam de amamentar por falta de informações, e isso não quer dizer que ela não saiba que o leite materno é o melhor alimento para o bebê. Ela bem que sabe disso! Faltam orientações sobre como amamentar e, principalmente, "dicas" para resolver ou contornar problemas que podem surgir nessa fase. Os problemas mais comuns na amamentação precisam ser conhecidos pelos profissionais de saúde.

Fisiologia da lactação

Ao final da gestação os seios começam a secretar uma substância chamada "colostró", que é o primeiro leite. Ele tem alto valor nutritivo e também é muito rico em anticorpos, que protegem o bebê contra doenças. Ao sugar, o recém-nascido estimula as terminações nervosas existentes no mamilo, que enviam uma ordem à hipófise para liberar os hormônios prolactina e ocitocina, responsáveis pela produção e saída do leite. No puerpério a prolactina aumenta pela sucção do bebê e um pouco menos pela extração de leite manualmente ou com bomba.



A produção do leite desencadeada pela ação da prolactina não é facilmente afetada, por fadiga, dor e ansiedade. Entretanto, a liberação da ocitocina e a consequente saída de leite podem ser inibidas por esses fatores. Isso significa que embora o leite esteja sendo produzido, muitas vezes não chega até a criança. Esta, chorando, aumenta a ansiedade da mãe dificultando ainda mais a amamentação. Nesses casos, ouvir a mãe e conversar sobre o que está acontecendo pode ser de grande valia.

A criança deve sugar abocanhando os mamilos e toda a auréola. Isso evita fissuras e permite melhor esvaziamento da mama. A criança deve ser amamentada sempre que tiver fome e durante o tempo que quiser. Nos primeiros dias o bebê re-

quisita um número grande de mamadas e aos poucos vai adquirindo um ritmo próprio. Cada dupla mãe-bebê é diferente da outra.

A posição para amamentar deve ser a mais cômoda possível, de acordo com a vontade da mulher. Deve-se oferecer as duas mamas em cada mamada, começando sempre pelo que foi oferecido por último na mamada anterior, para:

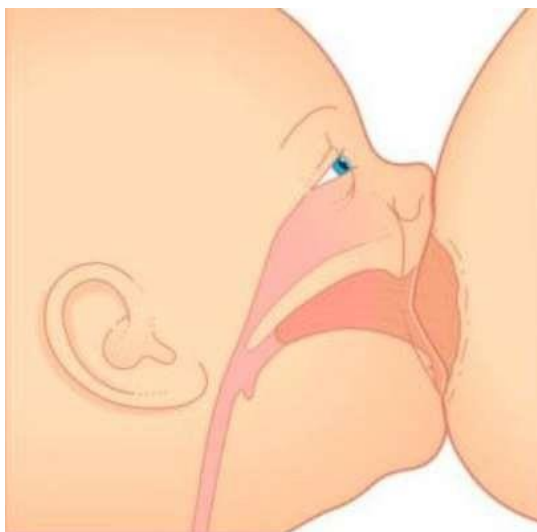
- esvaziar melhor as mamas e aumentar a produção de leite e evitar ingurgitamento.
- oferecer à criança uma quantidade constante de gorduras em todas as mamadas.

Na fase de lactação como na gestação, a mulher pode sentir mais sede e maior apetite. Ela deve manter a alimentação que estava acostumada na gravidez e apenas aumentar a quantidade e ingerir mais líquidos. Os cuidados com as mamas são muito importantes.

Muitos profissionais têm pressionado as mulheres para que elas amamentem, mas muitas vezes não têm as mínimas condições necessárias para amamentar. O argumento usado é fortíssimo: a mortalidade infantil. Antes de culpar as mulheres, é preciso entender o que significa amamentar e exigir que esse direito esteja garantido na sociedade. A opção de amamentar deve ser da mulher bem informada, mas confiante e com seus direitos assegurados.

Posições para amamentar:





Problemas comuns na amamentação

Leite fraco ou insuficiente

É importante assegurar à mulher que o leite fraco NÃO existe. O que acontece normalmente é que se compara o leite humano ao leite de vaca. O leite humano tem características próprias como composição, cor e sabor. E por ser próprio para a criança tem um tempo menor de digestão do que o leite de vaca e por isso a criança, muitas vezes, quer mamar em intervalos menores. Quanto maior a frequência das mamadas, maior será a produção de leite. É necessário esclarecer à mãe que ela deve evitar a oferta de líquidos à criança entre as



mamadas e se necessário, fazê-lo sempre em colheradas. O reflexo da saída do leite, como já dissemos, pode ser influenciado pelo estado emocional da mãe.

"Seio empedrado"

Recomendar o uso de sutiãde alças largas que suspendam bem as mamas, mantendo os canais lactíferos retificados.

Começar a mamada pelo seio mais cheio.

Se a turgescência for muito grande, recomendar fazer o esvaziamento manual da mama, antes de oferecê-la à criança, para que ela possa "pegar o mamilo e esvaziar a mama completamente".

Usar compressas úmidas e quentes várias vezes ao dia ou recomendar a expressão manual durante o banho de chuveiro.

Em último caso, recomendar o uso de bomba, pois favorece aparecimento de rachaduras.

Fissuras ou rachaduras

Devem ser prevenidas, já que depois de instaladas são de difícil tratamento. Manter um espaço entre o mamilo e sutiãpara que o mamilo fique sempre seco. Sempre que possível, expor as mamas ao ar.

Fazer banhos de sol ou de luz artificial sobre as fissuras.

Continuar a amamentando, com intervalos mais frequentes e de menor duração, iniciando pela mama menos ferida. Se necessário completar o esvaziamento da mama através de expressão manual.

Não usar pomadas ou antissépticos. O uso de lanolina em pequena quantidade pode ajudar. Alguns médicos também recomendam o uso de óleo de vitamina Ae uma boa "dica" é passar umpouco de colostroantes e aofim da mamada em toda a auréola e deixar secar antes de colocar o soutien.

Mastite

Na fase inicial pode assemelhar-se ao "seio empedrado" e geralmente surge como complicação do empedramento ou das fissuras. A mulher deve passar por consulta médica para diagnóstico e tratamento. Não se deve usar medicação tópica. A presença de mastite não contraindica a amamentação mesmo na mama doente. Fica a cargo da mulher e do médico a avaliação das suas condições. Antibióticos adequados ficam a critério médico.

Seios pequenos

O tamanho das mamas não tem nada a ver com a produção de leite. As mamas são formadas de gordura e glândula mamária. Quando a mulher tem seio pequeno, é sinal que tem menos gordura, mas são as glândulas mamárias que produzem o leite.

Mãe que trabalha fora

Deve ser informada sobre a legislação relativa à gestação, à maternidade e à amamentação.

Dar a mama em livre demanda sempre que estiver com a criança;

Ordenhar o leite e deixar em depósito limpo de plástico duro para ser oferecido à criança quando a mãe estiver no trabalho. Orientar a mãe para não misturar coletas de leite de diferentes horas. O leite pode ser conservado por até 24 horas em lugar fresco, desde que não seja resto de mamada;

Qualquer alimento, inclusive o leite materno, na ausência da mãe deve ser oferecido em colher, para a criança não confundir seu mecanismo de sucção ao usar mamadeira.

Quando estiver no trabalho, a mãe deve esvaziar as mamas a cada 2 ou 3 horas.

Berçário tradicional

Essa prática, assim como outras rotinas adotadas no ambiente hospitalar, influi negativamente sobre o aleitamento materno. A mãe deve ser informada da existência de maternidades que possuam Alojamento Conjunto e conscientizada sobre suas vantagens.

Uso de medicamentos

A maior parte das drogas ingeridas pela mãe são excretadas pelo leite. Algumas delas não apresentam toxicidade e são excretadas em pequenas concentrações não

causando problemas clínicos para a criança. Se a mulher estiver usando algum medicamento enquanto amamenta deve informar ao médico.

10 passos para a participação do homem no incentivo ao aleitamento materno

1. Encoraje e incentive sua mulher a amamentar, por vezes ela pode estar insegura de sua capacidade para o aleitamento. Seu apoio será fundamental nestas horas.
2. Divida e compartilhe as mamas de sua mulher com o bebê, mesmo que seja difícil aceitar, lembre-se que a amamentação é um período passageiro. Dê prioridade a seu filho(a).
3. Sempre que possível, participe do momento da amamentação: sua presença, carícias e toques durante o ato de amamentar são fatores importantes para a manutenção do vínculo afetivo do triângulo: mãe + filho + pai.
4. Seja paciente e compreensivo: no período de amamentação é pouco provável que sua mulher possa manter a casa, as refeições e se arrumar de forma impecável. As necessidades do recém-nascido são prioridades nesta fase.
5. Sinta-se útil durante o período da amamentação: coopere nas tarefas do bebê na medida do possível: trocar fraldas, ajudar no banho, vestir, embalar, etc.
6. Mantenha-se sereno: embora o aleitamento traga muitas alegrias, também traz dificuldades e cansaço. Às vezes sua mulher pode ficar impaciente. Mostre carinho e compreensão neste momento. Evite brigas para não prejudicar psicologicamente a secreção do leite.
7. Procure ocupar-se mais dos outros filhos (se os tiverem) para que não se sintam rejeitados com a chegada do novo irmão. Isto permitirá à sua mulher dedicar-se mais ao recém-nascido.
8. Mantenha o hábito de acariciar as mamas de sua mulher, se você costumava

fazê-lo. Estudos demonstram que quanto mais uma mulher é sensível às carícias do companheiro, mais reagirá à estimulação rítmica do bebê.

9. Fique atento às variações do apetite sexual de sua mulher durante a amamentação. Algumas reagem para mais, outras para menos, são alterações normais. Esta é uma ocasião para o casal vivenciar novas experiências e hábitos sexuais, adaptando-se ao momento.
10. Não traga para casa latas de leite, mamadeiras e chupetas. O sucesso deste período depende, em grande parte, de sua atitude. O aleitamento materno exclusivo até 6 meses e seu carinho e apoio é tudo que seu bebê necessita para crescer inteligente e saudável.

25. ALOJAMENTO CONJUNTO



É o sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio permanece ao lado da mãe no mesmo ambiente, no período pós-parto. Esse sistema permite a prestação de cuidados médicos e de enfermagem tanto para a mãe quanto para o recém-nascido, além da proximidade física, tão necessária para mãe e criança nesse momento.

O alojamento conjunto prevê orientação, apoio e auxílio à puérpera de tal forma que o período em que está na ma-

ternidade possa ser de aprendizagem prática com supervisão.

Vantagens

- Estimula e motiva a amamentação, pois permite que a criança mame na hora que necessitar, além de evitar que o bebê receba no berçário mamadeira com água glicosada e/ou leite em pó.
- Proporciona o estabelecimento precoce de laços afetivos entre mãe e filho.
- Possibilita que a mãe observe constantemente a evolução do bebê e perceba qualquer anormalidade.
- Diminui a tendência de infecção hospitalar adquirida em berçário.
- Libera os berçários para os recém-nascidos que realmente necessitam deles.

Apesar dos critérios para alojamento conjunto estarem explícitos nas Normas Técnicas, há diferença de critérios, quando analisadas as diferentes maternidades, visto que em muitas a sua instalação está acontecendo gradativamente.

A preparação da mulher durante o pré-natal para o alojamento conjunto é muito importante. É preciso que ela seja informada sobre o que é, as vantagens,

quais maternidades da área contam com o alojamento conjunto, e, principalmente, que lhe seja oferecido um espaço para que possa falar de suas dúvidas, medos e expectativas.

Nesses depoimentos identificam-se questões:

1. A mulher, em contato com a prática hospitalar das maternidades, foi aprendendo que não é capaz de cuidar tão bem do bebê recém-nascido quanto à equipe especializada e sente que a falta desse apoio (que não deve acontecer no alojamento conjunto) pode prejudicar a criança.

2. Muitas mulheres relatam que os três dias que passam na maternidade é uma das poucas oportunidades que têm para descansar do parto e do trabalho de cuidar dos filhos e de casa, e veem no alojamento conjunto uma perda desse direito de descanso no pós-parto.

É conveniente discutir também a postura dos profissionais de maternidades e pré-natal que, assim como as mulheres, estão frente à nova rotina de trabalho; muitos deles também se sentem inseguros e criam os mais diferentes obstáculos para sua implantação.

A resistência das mulheres ao alojamento conjunto só poderá mudar, na medida em que a sua implantação se mostre vantajosa e que nesse processo os profissionais repensem sobre sua prática e seu papel.

26. ANTICONCEPÇÃO NO PUERPÉRIO

Definição:

A anticoncepção no puerpério deve ser abordada levando-se em conta a amamentação. É importante discutir esse tema antes do parto; com isso, amplia-se o período de tempo que a mulher terá para pensar e decidir sobre o uso de métodos anticoncepcionais, além de permitir um maior envolvimento do parceiro nessa discussão.

Conhecer os métodos e poder usar um deles tem sido uma grande preocupação das mulheres que pretendem amamentar seus filhos e recebem informações controversas a respeito dos vários métodos. A angústia de saber quando poderá ter relações sexuais após o parto alia-se a essa preocupação.

Amamentação e Reprodução

Durante o período de amamentação, a chance da mulher engravidar diminui, porque ao sugar, a criança provoca um estímulo que aumenta a produção de hormônio prolactina, impedindo assim, a ovulação. Isto ocorrerá se a amamentação for exclusiva e de acordo com a solicitação da criança (mais de 8 vezes/dia sem horário fixo). Na medida em que são dados outros alimentos para o bebê, além do leite materno (água, chás, sucos, sopinhas, etc.), o ato da sucção diminui e, conseqüentemente, a prolactina, podendo então ocorrer ovulação.

Pesquisas revelam que onde as mulheres amamentam por um ou dois anos, o intervalo entre uma gravidez e outra é 5 a 10 meses maior que nos lugares onde elas não amamentam. Isso, sem o uso de anticoncepcionais. Sabemos, no entanto, que amamentar não significa um método anticoncepcional eficaz, pois o retorno à

ovulação pode ser imprevisível. O importante é que se oriente a nutriz quanto ao perigo do uso dos anticoncepcionais hormonais, pois estes, de maneira geral, diminuem a produção do leite, e passam ao bebê com consequências imprevisíveis.

O Ministério da Saúde elaborou um conjunto de materiais educativos sobre anticoncepção, por isso só faremos aqui algumas considerações sobre métodos anticoncepcionais e puerpério.

Métodos Anticoncepcionais

I - MÉTODOS NATURAIS

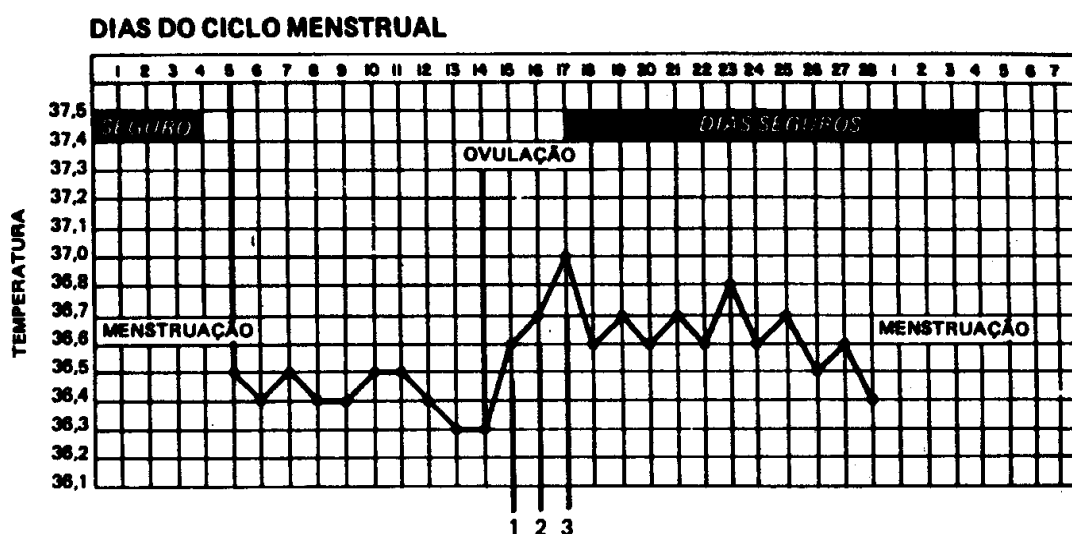
A - TABELINHA

O método em que se prevê a data da ovulação pela previsão da data da menstruação, não pode ser usado durante a amamentação.

Este método consiste na abstinência sexual nos dias férteis. Sabe-se que a ovulação ocorre entre o 12º e 16º dia do ciclo menstrual.

É impossível calcular o período fértil por este método, sem ter ocorrido menstruação.

O uso da tabelinha implica em ciclos regulares e em um período de observação impossível nesta fase.



B - TEMPERATURA

A dificuldade principal desse método, no puerpério, é que a ausência da menstruação pode confundir a mulher, que não tem muita possibilidade de prever a ovulação. E há maior risco no fato das relações sexuais no período pré-ovulatório poderem "furar" o método. Consiste no controle diário da temperatura corporal, antes de se levantar da cama, a partir do 1º dia do ciclo menstrual. O período fértil é reconhecido quando a temperatura cai um pouco imediatamente antes da ovulação. Em seguida, 24 a 72 horas após, a temperatura se eleva e permanece

elevada até o final do ciclo.

C - MUCO CERVICAL (Billings)

Pode ser particularmente adequado para a mulher que aprendeu, durante o período Inter gestacional, a se auto- observar. Para estas, a observação dos chamados "dias secos" habituais no puerpério é bastante fácil e o aumento da secreção vaginal e mudança de suas características indicarão a ovulação.

No período fértil, este muco tem a consistência de clara de ovo.



II - MÉTODOS DE BARREIRA

A - CAMISINHA OU PRESERVATIVO OU CONDON(MASCULINO)

A camisinha vem num tamanho único, serve para qualquer tamanho de pênis e não tem contraindicações. A ideia de que a tarefa de evitar filhos é somente da mulher e que o uso deste método pode deixar o homem menos potente ou menos viril pode surgir na discussão e ser trabalhada no grupo, que poderá esclarecer a origem dessas crenças. Pesquisas mostram que homens são mais receptivos ao uso de preservativo durante a amamentação.



B - PRESERVATIVO FEMININO



C - DIAFRAGMA

Também chamado de camisinha feminina, é fabricado de poliuretano, macio e transparente para revestir a vagina e parte externa da vulva, protegendo os grandes lábios. Trata-se de um tubo de 16 cm de comprimento por 8 cm de largura que possui dois anéis flexíveis. Já vem lubrificado por dentro e por fora e deve ser colocado antes da relação sexual. Oferece proteção para DST e AIDS. Sua eficácia está em torno de 97,3%. É descartável.

Se a mulher já usava esse método antes de engravidar, é necessário tomar nova medida do diafragma após o parto ou após o aborto, visto que o aumento do útero pode modificar as medidas do diafragma. A eficácia do diafragma é aumentada quando usado com espermicida em todas as relações sexuais com penetração. Uma primeira medida do colo uterino e fundo de saco para o início do uso do diafragma só é recomendável 60 dias após o parto.

O fato da utilização do diafragma implicar num contato mais íntimo com a vagina poderá significar obstáculo para sua utilização. Uma discussão aberta sobre os preconceitos e valores que envolvem a questão do corpo feminino poderá ser de grande ajuda.

O diafragma é um dispositivo de látex em forma de cuia que é colocado no fundo vaginal cobrindo o colo uterino



D - ESPERMICIDAS

Existem dúvidas sobre os componentes de alguns espermicidas, que são absorvidos pelas paredes vaginais, com passagem para o leite materno e para o bebê. Alguns deles contêm mercúrio em sua fórmula e não devem ser usados por quem amamenta. Os espermicidas devem ser usados sob orientação médica para quem amamenta, seja em associação com o diafragma e/ou camisinha, ou como método único.

Algumas mulheres associam o uso do diafragma e da camisinha aos métodos naturais, utilizando-os apenas durante o período fértil. Porém isto só deve ser feito por mulheres totalmente seguras quanto ao seu período fértil. Também não se recomenda tal atitude no período inicial de utilização dos métodos de barreira.

E - DIU - DISPOSITIVO INTRA-UTERINO

O DIU pode ser uma boa escolha para mulheres que já tiveram pelo menos

um filho e que desejam um método de alta eficácia, que as libere da preocupação cotidiana com a anticoncepção.

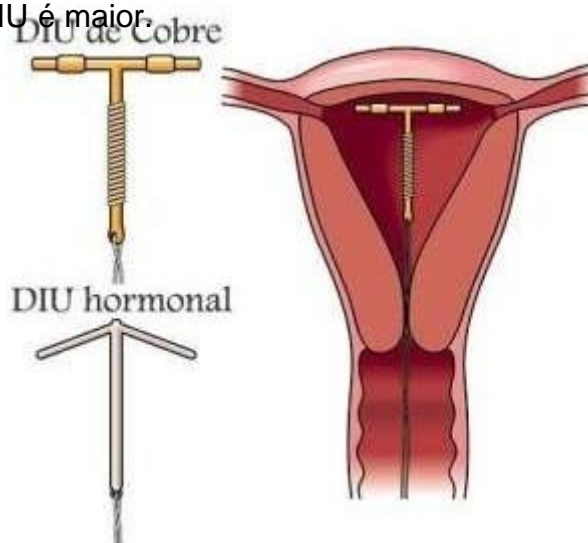
Quando a mulher está no puerpério, discute-se qual o melhor período para a sua colocação. Como no início do puerpério, as contrações uterinas são mais frequentes e intensas, o risco de expulsão do DIU é maior.

Quando colocado a partir do 30º dia pós-parto, a chance de expulsão é menor. Alguns trabalhos indicam que o uso do DIU pode estimular o aumento de ocitocina, contribuindo para a lactação. No entanto, dados sugerem que o risco de perfuração uterina pode ser maior entre as mulheres que estão amamentando do que entre as que não estão, quando o DIU foi inserido 6 semanas ou mais pós-parto.

Contraindicações do DIU:

- Nuliparidade;
- Infecção pélvica e genital;
- Hipermenorreia;
- Tumoração ou má formação uterina;
- Cardiopatias valvulares.

O tipo mais comum de DIU é o cobre “T”.



A mulher que usa DIU deve saber:

1. Da necessidade de procurar o médico se surgir qualquer sinal ou sintoma de infecção, febre, dor ou desconforto pélvico, sangramento excessivo, cólicas intensas e corrimento abundante.

2. Do fato de que a gravidez com a presença de um DIU pode ser ectópica, e que a dor abdominal e a amenorreia (falta da menstruação) podem ser sinais de gravidez ectópica.

3. Que se ocorrer uma gravidez em presença de um DIU, mesmo que a mulher deseje levar a gravidez a termo, deve procurar cuidado médico. O dispositivo deve ser removido imediatamente, se possível. Se não for, ela deve ser alertada sobre os riscos e os sintomas de um aborto séptico infectado.

4. Dos efeitos colaterais comuns ao uso de DIU, tais como aumento do fluxo menstrual e de cólicas.

5. Do tipo do DIU e do tempo recomendado para sua substituição.

6- Como verificar a presença dos fios do DIU e voltar à consulta médica, se não conseguir sentir os fios ou se a menstruação falhar.

III - MÉTODOS DE ESTERILIZAÇÃO (CIRÚRGICOS):

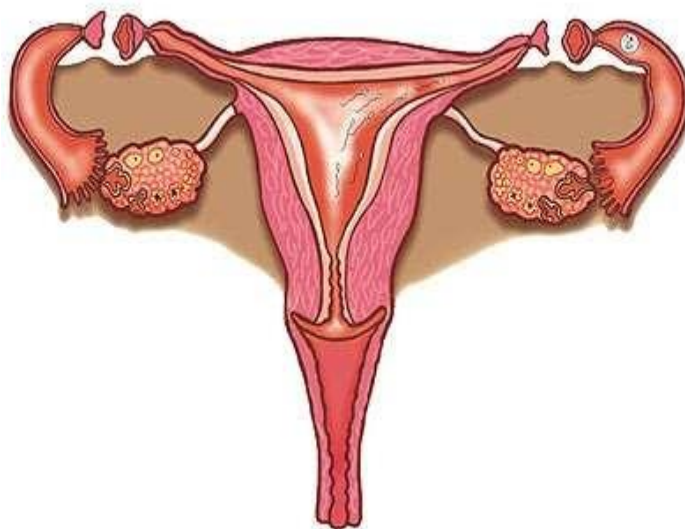
Os métodos de esterilização, tanto masculinos quanto femininos, são muito empregados em países do Terceiro Mundo e seu uso em larga escala tem sido combatido. Por serem irreversíveis, impõem uma reflexão para a tomada de decisão. Critérios como idade e fatores de risco devem ser levados em conta.

O aumento considerável de partos cesarianos está associado à esterilização feminina.

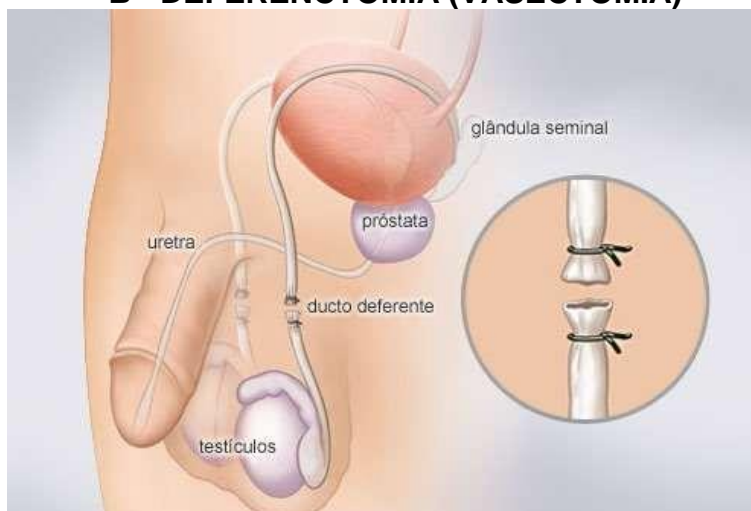
O desconhecimento de outros métodos, o aumento do número de filhos, a falta de acesso a outros recursos anticoncepcionais e o desconhecimento da irreversibilidade da laqueadura tubária tem induzido muitas mulheres a elegerem a esterilização como o método de escolha. Muitas mulheres tem se arrependido e procurado assistência médica para reverter a esterilização. No entanto, as possibilidades de acesso e sucesso à microcirurgia de reconstituirão tubária são remotas.

A - LAQUEADURA

A esterilização feminina por meio da laqueadura no pós-parto ou durante o parto tem sido desaconselhada, enquanto questão ética importante. Nessa fase, coagida por pressão emocional, a mulher pode tomar decisões das quais se arrependerá mais tarde. A laqueadura em si nada tem a ver com a amamentação, mas o procedimento cirúrgico, anestesia e analgésico poderão levar à diminuição do leite.



B - DEFERENCTOMIA (VASECTOMIA)



Da mesma forma que a esterilização feminina, a vasectomia é irreversível. O homem não perde a potência sexual, continua tendo sêmen, só que sem espermatozóides. Depois da vasectomia é preciso fazer espermogramas periódicos e sucessivos, até confirmar a inexistência de espermatozóides.

C - METODOS ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS

Estudos têm mostrado que o uso da pílula durante a amamentação diminui a produção de leite materno. Isto, devido ao estrogênio presente nas pílulas mais usadas em nosso meio.

O estrogênio é também contraindicado porque passa para o leite materno, atingindo a criança trazendo consequências para ela. Mesmo aquelas pílulas que têm pouco estrogênio ou nenhum (pílula só de progesterona, a minipílula) devem ser evitadas por não se conhecer as consequências que poderão trazer para a criança, a médio e longo prazo.

Em nosso meio tem sido usado o anticoncepcivo hormonal injetável (derivado da progesterona, um progestágeno de liberação lenta), do qual se diz que aumenta a produção do leite. No entanto, além de estar proibido como anticoncepcional em vários países e de seu uso ser restrito em outros, este medicamento passa para o leite materno e, até hoje, não se tem estudo avaliando as consequências disso para as crianças.

Durante a amamentação, como já dissemos, a conduta mais correta tem sido a de evitar qualquer anticoncepção hormonal.

No entanto, se esse for o único método disponível e a necessidade de evitar uma gravidez for absoluta, recomenda-se não usar anticoncepcional hormonal até a criança amamentada completar 3 meses. Isto é, até os 3 meses é a época em que a mãe passa pelas maiores crises, e a introdução de um anticoncepcional hormonal atrapalhará a amamentação, podendo, até, diminuir o leite. Lembrar também que quanto mais novo o bebê, mais sujeito estará aos efeitos dos hormônios.

Contraindicações:

- Diabetes;
- Hipertensão arterial;
- Cardiopatias;
- Tromboflebites;
- Hepatopatias;
- Arteriosclerose;
- Neuropatias;
- Glaucomas;
- Coagulopatias;epilepsia;
- Adolescentes com menos de 2 anos de ciclos regulares.

As “pílulas”podem ser do tipo:

- Combinada: com estrogênio e progesterona. A primeira pílula deve ser tomada no 5º dia do ciclo; e ao final da cartela, parar por 7 dias e depois recomeçar, desde que tenha ocorrido o fluxo menstrual.
- Minipílula: minidose de progestagênio. A primeira pílula deve ser tomada no 1º diado ciclo e sem interrupções.

Outras formas de administração:

- Injetáveis: injeções de progesterona que provocam modificações no

endométrio e no muco cervical. Pode ser aplicada todos os meses ou a cada

3 meses de acordo com as recomendações do fabricante e indicação médica.

- Anel vaginal: é um anel flexível que contém os hormônios do tipo estrogênio. Deve ser colocado na vagina pela própria usuária e retirado depois de 3 semanas. Após uma semana sem o anel, um novo anel deve ser inserido. A menstruação costuma ocorrer no período de pausa do anel.
- Implante: o implante é inserido debaixo da pele, na região do braço. Durante 3 anos, o implante vai liberar diariamente na corrente sanguínea as doses necessárias de hormônio para inibir a ovulação, evitando assim a gravidez.

Contracepção de emergência:

É um contraceptivo oral apresentado em embalagens com dois comprimidos com 750 mcg de hormônio em cada comprimido. O primeiro deve ser tomado até 72 horas após a ocorrência de uma relação sexual desprotegida (mas nunca após este prazo). O segundo deve ser tomado 12 horas após o primeiro. A eficácia do contraceptivo de emergência aumenta para 95% se a primeira dose for ingerida nas primeiras 24 horas.

Observações:

1. Escolher ter filhos, quantos e quando, ou evitar tê-los, é um direito social da mulher e do homem que deveria estar assegurado em todas as esferas do cotidiano na nossa sociedade. Lutando por esses direitos junto com a população, discutindo, podemos exigir que eles sejam garantidos.

2. Quando discutimos os métodos anticoncepcionais, devemos lembrar que não podemos impor nossos padrões de conduta, nem os sexuais, nem os reprodutivos.

3. A escolha dos métodos está relacionada às especificidades do indivíduo e/ou casal, assim como de cada método, da situação de vida no momento da escolha, da experiência anterior com anticoncepcionais, bem como com a motivação para usar um e não outro método, influência deste no relacionamento afetivo sexual, necessidade de acompanhamento clínico para uso de certos métodos, etc.

Por todas estas razões, é difícil que o profissional assuma escolher qual método a pessoa ou casal deverá usar, pois inúmeras questões envolvidas na escolha fogem à sua competência. No entanto, isso não impede que em todos os casos se faça uma avaliação clínica e orientação quanto aos aspectos de saúde, fundamentais na assistência à anticoncepção.

4. Todos os métodos reversíveis podem falhar, em maior ou menor grau, não existe o “melhor” método, mas sim melhor adaptação a determinado método naquela situação de vida. Importa saber qual o mais adaptável ao momento. Quando se trata da fase de amamentação, entra em jogo também a criança cujo alimento de escolha é o leite materno - isto deve ser cuidadosamente pesado.

PARTE II-NEONATOLOGIA

1-NEONATO

Sala de reanimação do recém-nascido

É uma área restrita, onde o uso de avental, gorro e propé são obrigatórios.

Características da sala de reanimação:

- Deve estar localizada junto ou bem próxima ao Centro Obstétrico, e com o berçário deve manter fácil comunicação e acesso;
- Possuir branca iluminação;
- Temperatura ambiente entre 26°C e 27°C.



Equipamentos e Materiais:

- Mesa de reanimação aquecida;
- Aspirador;
- O2 e máscara;
- Respirador manual (tipo ambú);
- Régua antropométrica;
- Balança pediátrica;
- Fita métrica;
- S.N.G. estéreis;
- Seringas e agulhas descartáveis;
- "Scalpe" – butterfly;
- Equipo soro tipo microgotas;
- "Clamp" para cordão umbilical;
- Material para intubação;
- Laringoscópio;
- Sondas endotraqueais para R.N a termo e pré termo;
- Colírio de Nitrato de Prato a 1%;
- Material para identificação do R.N.;
- Impresso para colher impressão plantar do R.N. e digital da mãe;
- Pulseira de esparadrapo ou fita crepe.
- Material para curativo do coto umbilical;
- Gazes esterilizadas;
- Tesoura e pinças estéreis;
- Cotonetes



Medicamentos necessários na Sala de Reanimação do R.N. :

- Bicarbonato de Sódio 8,4% (acidose metabólica);
- Adrenalina 1:1000 (parada cardíaca);

- Nalorfina (depressão neurológica por derivação da morfina) - anestésico mãe
- Glicose 25% (hipoglic. do R.N. / diluição de medicamentos);
- S. Glic. 10% - 250 ml (venóclise);
- Dexametasona (decadron injetável - edema cerebral do R.N.);
- Sulfato de Atropina (bradicardia severa);
- Sol. de Nitrato de Prata 1% (credeização)

Essas drogas só deverão ser usadas sob prescrição médica.

Assistência neonatal imediata

- Limpar secreções da boca e narinas do recém-nascido, com gaze, após a expulsão da cabeça. Esta limpeza deverá ser complementada mais tarde com aspiração a vácuo (de maneira delicada e com pouco vácuo), para assegurar a permeabilidade das vias aéreas.
- Passar um cateter através do esôfago até o estômago e aspirar o conteúdo gástrico (exclui atresia de esôfago).
- Pinçar o cordão após a cessação dos batimentos ou nos primeiros 5 minutos de vida. A seguir, seccioná-lo e realizar a laqueadura.
- Avaliar a vitalidade de acordo com a escala de Apgar, no 1º e no 5º minuto.
- Colocar o RN em berço aquecido e em posição de Trendelenburg modificada, para manter a temperatura e ajudar a drenagem de muco e líquido da cavidade oro nasal.
- Limpar as pálpebras com algodão ou gaze umedecido em água destilada.
- Realizar a profilaxia da oftalmia neonatal com 1 gota de nitrato de prata a 1 % em cada olho.
- Profilaxia da doença hemorrágica do RN através da injeção intramuscular de 1 mg de vitamina K.
- Identificar o RN.
 - Com pulseira no braço ou perna contendo o nome e registro hospitalar da mãe, sexo do RN, hora e data do parto.
 - Obter a impressão plantar do RN
- Realizar um exame físico sumário inspecionando:
 - Malformações congênitas.
 - Integridade do palato.
 - Regularidade da respiração.
 - Frequência cardíaca (através da ausculta ou palpação do pré-córdio).
 - Existência ou não de cianose.
 - Perfuração anal.
- Colher os dados antropométricos:
 - Peso
 - Estatura
 - Perímetro cefálico (PC)
 - Perímetro torácico (PT)
- Tranquilizar, diminuindo a ansiedade materna.
- Mostrar o recém-nascido à mãe ajudá-la a segurá-lo e examiná-lo. Promover o estabelecimento do vínculo afetivo mãe-filho.

- Registrar dados no prontuário do RN.
- Encaminhar o RN ao berçário, tendo o cuidado de mantê-lo aquecido.

Escala de Apgar

Sinal	Pontos		
	0	1	2
frequência cardíaca	ausente	abaixo de 100	acima de 100
frequência respiratória	ausente	lento, irregular	choro forte
tônus muscular	flácido	alguma flexão das extremidades	movimento ativo
irritabilidade reflexa	sem resposta	careta	choro
cor	cianótico ou pálido	corpo rosado e extremidades cianóticas	rosado

Interpretação

- A contagem de 7 a 10 indica que o RN está normal ou ligeiramente deprimido
- A contagem de 4 a 6 indica que o RN está moderadamente deprimido
- A contagem de 0 a 3 indica que o RN está gravemente deprimido e necessita ressuscitação imediata.
- Puncionar artéria ou veia umbilical
- Colher amostra de sangue para dosar pH, PCO₂, PO₂ e hematócrito.
- Encaminhar o RN para unidade de tratamento intensivo do berçário.

Cuidados imediatos

- Aquecimento - constitui-se uma das necessidades mais importantes do recém-nato durante as primeiras horas de vida, para que ele se adapte ao novo ambiente. Deverá, o mesmo, permanecer em berço aquecido de 3 e 4 horas. O vernix caseoso que recobre a pele não deve ser retirado, pois, protege o recém-nato contra o frio.
- Mensurações - verificar a altura, perímetro cefálico, perímetro torácico e perímetro abdominal.
- Peso - verificar o peso, caso não tenha sido verificado no Centro Obstétrico.
- Higiene Corporal - após 24 horas, faz-se a primeira higiene do recém-nato.
- Alimentação - único alimento do recém-nato é o leite materno. Não dar chazinhos, nem água, outro leite nos intervalos das mamadas no seio. Se houver necessidade de dar água, dá-la com colheria ou conta-gotas, nunca com mamadeira.

Anotações de enfermagem:

- Verificar e anotar temperatura corporal, frequência cardíaca e peso, diariamente;
- Anotar as eliminações (fezes, urina, vômitos): quantidade, aspecto, cheiro, cor, etc.;

- Alimentação e condições da sucção;
- Aspecto da pele e mucosa: cor, temperatura da pele, tipo de choro, reflexos respiratórios e digestivos.

2. O RECÉM-NATO NORMAL A TERMO E CUIDADOS DE

ENFERMAGEM Definições:

Recém-nato a termo é a criança nos 28 primeiros dias de vida, nascida de uma gestação de 38 a 42 semanas.

Características Anátomo fisiológicas:

Peso - variável entre 3.250g a 3.500g em média, sendo mais elevado para os meninos do que para as meninas.

Estatuta - em geral 50 cm para menino, um pouco menor para as meninas.

Perímetro Cefálico - Medida da circunferência craniana que corresponde à metade do comprimento do recém-nato, mais dez (10 cm) é de 35 cm.

Perímetro Torácico - 1 a 2 cm a menos que o perímetro cefálico.

Perímetro Abdominal - 1 a 2 cm a menos que o perímetro torácico.

Frequência Cardíaca - 120 a 160 batimentos por minuto. Em média 140 batimentos por minuto.

Frequência Respiratória - 40 a 60 movimentos respiratórios por minuto.

Temperatura - 36,5°C. a 37°C

Cabeça - Normalmente é grande em relação ao corpo. As suturas (fontanelas) ainda não estão totalmente fechadas (fontanela anterior - bregma e fontanela posterior - lambda).

Bossa - derrame seroso localizado entre o couro cabeludo e periosteio. É decorrente de apresentação cefálica ou trabalho de parto prolongado.

Olhos - geralmente fechados e edemaciados.

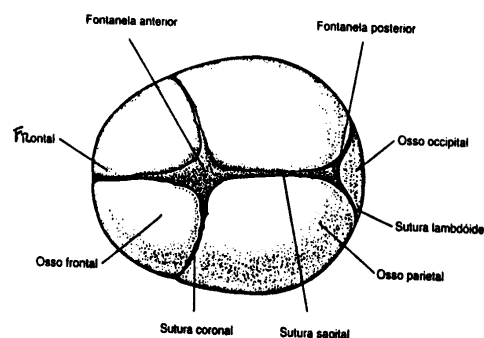
Pele - é íntegra, lisa e corada

Vernix caseoso - é uma substância gordurosa e esbranquiçada que recobre toda a criança. Protege-a no meio líquido e ajuda a deslizar na hora do parto.

Eritema Tóxico - são pequenas lesões eritematopapulosas esparsas, em pequeno número e disseminadas pelo corpo. Sendo que, de sua etiologia, pouco se conhece. Acredita-se ter uma reação da pele ao ambiente extrauterino. Regreda em poucos dias.

Milium Facial - são pequenos pontos brancos de gordura que aparecem no nariz. Desaparece em uma semana. Formam-se devido à obstrução dos folículos sebáceos, pelos detritos da descamação epitelial.

Mancha mongólica - são áreas de coloração azul-arroxeadas, que se localizam, geralmente na região lombo-sacra, de forma irregular e não tem significado



patológico, atenuam-se com o tempo. Indicam raça negra ou amarela na família.

Icterícia – se surgir nas primeiras 48 horas é fisiológica e, se a partir do terceiro dia de vida é considerada patológica.

Lanugem - penugem fina e longa que aparece com frequência em recém-nato a termo e mais ainda em prematuros. Localiza-se no dorso, face. Esta penugem cai no decorrer da primeira semana de vida.

Tórax - é simétrico e de forma aproximadamente cilíndrica. Pode ser visualizada tumefação das glândulas mamárias tanto em meninas, como em meninos. Este aumento de volume pode persistir por várias semanas, mesmo meses, levando a alterações hormonais,

Respiração - é do tipo abdominal, irregular e rápida.

Abdome - é globoso e tenso devido ao excesso de gases.

Coto umbilical - constituído por um tecido gelatinoso - a geleia de Warton: possui 2 artérias e 1 veia. A mumificação ocorre durante a primeira semana de vida e a queda geralmente entre o 8º ao 10º dia.

Genitais - nos meninos apresenta-se uma fimose fisiológica que até 2 anos regride, em 60% dos casos. Podem também, ocorrer aumento da bolsa escrotal pela presença de líquidos.

Nas meninas os lábios podem apresentar edemas e os pequenos lábios são proeminentes, bem como, o clitóris. Secreção vaginal esbranquiçada pode ser observada cessando em poucos dias.

Membros - são curtos em comparação ao tronco.

Eliminações: Fezes - a primeira eliminação é denominada de mecônio, com aspecto viscoso, verde escuro quase negro. Deve ser eliminada certa quantidade nas primeiras

24 horas de vida, pois a ausência de eliminação deve se pensar obstrução ou imperfuração anal. Após 4 ou 5 dias de vida as eliminações tornam-se um tanto liquefeitas e heterogêneas, designadas "fezes de transição", para, em seguida, assumirem o aspecto de fezes normais de lactente.

Urina - o volume por micção está em torno de 15 a 20 ml e o número de micção é bastante elevado, podendo alcançar 6 vezes em 24 horas.

Reflexos de sucção - consiste em um reflexo fundamental no recém-nato, surge no 7º mês de vida fetal. É a sucção vigorosa do dedo quando introduzido na boca do recém-nato.

Reflexo de preensão - pesquisa-se colocando o dedo ou um lápis no pé ou plantar do recém-nato e observa-se de imediato o agarramento do objeto.

Reflexo de Moro ou Reflexo do abraço - pesquisa-se este reflexo, utilizando estímulos como: bater palma, batida na superfície da mesa ou segurar o bebê pelos punhos, com a cabeça levantada alguns centímetros da mesa, sendo então solto, A resposta deve caracterizar um abraço e pode ser acompanhado em seguida de choro. **Reflexo da marcha** – pesquisa-se segurando o recém-nato pelas axilas, em posição vertical, com as plantas dos pés; sobre uma superfície plana e ligeiramente inclinada

para frente. Ao inclinar o recém-nato levemente para frente, desenvolve movimentos de marcha automática.

Reflexo foto motor - contração pupilar em presença de luz



PARTE III- GINECOLOGIA

1. NOMENCLATURA DOS DESVIOS MENSTRUAIS

- Amenorreia: falta de menstruação por 2 ciclos consecutivos.
- Dismenorreia: menstruações dolorosas. As dores podem sobrevir antes e durante a menstruação.
- Hipermenorreia: menstruação dura mais de 5 dias.
- Hipomenorreia: menstruação dura menos de 2 dias.
- Oligomenorreia: diminuição do fluxo menstrual.
- Menorragia: aumento quantitativo dos sangramentos menstruais.
- Hemorragia intermenstrual: pequena perda sanguínea genital entre as menstruações.
- Metrorragia: hemorragia uterina não ligada ao ciclo menstrual.

2. PRURIDOS

Definição:

A sensação de coceira intensa na vulva pode ser extremamente desagradável para a paciente. Os pruridos geralmente cedem ao tratamento adequado de sua causa específica.

Causas:

- Falta de higiene ou irritação mecânica.
- Infecções vulvo-vaginais: micoses e tricotomias.
- Parasitoses vulvares: escabiose, oxiuríase, *Pthirus pubis*.
- Alergia: roupas, sabões.
- Senilidade: após a menopausa, em mulheres idosas.
- Corrimentos.
- Diabetes.

Tratamento: Deve ser específico para a causa do prurido.

Orientação:

- Procurar o médico.
- Evitar o uso de roupas apertadas e quentes.
- Higiene local, evitando sabonetes fortes.
- Evitar coçar.
- Troca frequente da roupa íntima.
- Uso de compressas frias com solução antisséptica.
- Evitar empréstimo de material e roupas íntimas.

3. LEUCORREIA OU CORRIMENTOS

VAGINAIS Definição:

É um corrimento vaginal, geralmente esbranquiçado, de abundância variável, que incomoda a paciente sujando-lhe a roupa. É considerado normal, quando em pequena quantidade, na época da ovulação, antes da menarca ou no princípio da menstruação. A coloração pode variar de branca, até o amarelo esverdeado, dependendo do agente causador da infecção.

Etiologia:

- Fungos – *Cândida albicans* (branco leitoso)
- Parasitas – *Trichomonas vaginalis* (amarelo-esverdeado)
- Bactérias – estafilococos, estreptococos (amarelo-leitoso), gonococos – purulenta.

Sintomas:

- Corrimento vaginal, acompanhado ou não de prurido.
- Irritação e hiperemia local
- Proctite, vaginismo.

Tratamento:

Depende da etiologia, devendo-se colher secreção vaginal antes de iniciar-se o tratamento. Podem ser usados antimitóticos, antiparasitários e antibióticos locais ou associados por via oral ou parenteral.

Profilaxia:

- Evitar:
 - Promiscuidade sexual
 - Empréstimo de material de uso íntimo
 - Uso de anticoncepcionais por longo tempo.
- Tratamento do cônjuge ou companheiro evitando a reinfecção.

4. CERVICITES

Definição: São inflamações localizadas no colo do útero, podendo ser agudas ou crônicas.

Sintomas: Corrimento espesso, profuso e tinto de sangue.

Tratamento:

- Cauterização com eletrocautério.
- Cauterização com agentes químicos.
- Injeções de antibióticos na submucosa do canal cervical.
- Aplicação vaginal de antibióticos.

5. ANEXITES

Definição: É um processo inflamatório que ocorre nas trompas e ovários, podendo atingir os dois órgãos uni ou bilateralmente.

Sintomas:

- Dor no baixo ventre, que piora durante o período menstrual.
- Hipertermia
- Sudorese, náuseas e vômitos.

Tratamento:

- Clínico – antibióticos, antitérmicos, analgésicos e repouso.
- Cirúrgico – salpingectomia, ooforectomia.

6. DOENÇA PÉLVICA INFLAMATÓRIA

Definição: É uma inflamação pélvica, aguda ou crônica que pode envolver as trompas, ovários, peritônio pélvico ou sistema vascular pélvico. É causado por muitas bactérias que penetram através do canal cervical e do útero para pelve.

Sintomas:

- Dor abdominal, náuseas e vômitos.
- Hipertermia
- Inapetência
- Corrimento vaginal fétido purulento
- Leucocitose.

Tratamento:

- Nutrição adequada
- Antibioticoterapia

Cuidados de Enfermagem:

Evitar a transmissão da infecção, orientando a paciente a manusear com cuidado os absorventes e objetos, lavar bem as mãos com água e sabão.

- Observar quantidade, cor, odor do corrimento vaginal.

- Avaliação adequada dos sinais vitais
- Orientação para evitar reinfecção

7. CISTO DE OVÁRIO

Definição: O cisto é um tumor com conteúdo líquido, semilíquido ou pastoso. Existem vários tipos de cistos de ovário.

Sintomas: Sensação de peso no abdômen e dor no baixo ventre

Tratamento: Cirúrgico: excisão do cisto de ovário ou ooforectomia.

8. CÂNCER DE COLO

UTERINO Definição:

É uma doença que evolui silenciosamente e caracteriza-se pela alteração das células do colo uterino.

O fator de risco que pode levar ao câncer de colo uterino é basicamente a prática da atividade sexual. Ou seja, toda mulher sexualmente ativa pode ter câncer de colo uterino. Todavia, há outros fatores que também podem favorecer o aparecimento da doença:

- DST persistente;
- Promiscuidade sexual;
- Início precoce de atividade sexual;
- Partos mal assistidos que levam a traumas do colo uterino.

A idade das mulheres entre 25 e 60 anos é considerada importante para o aparecimento da doença.

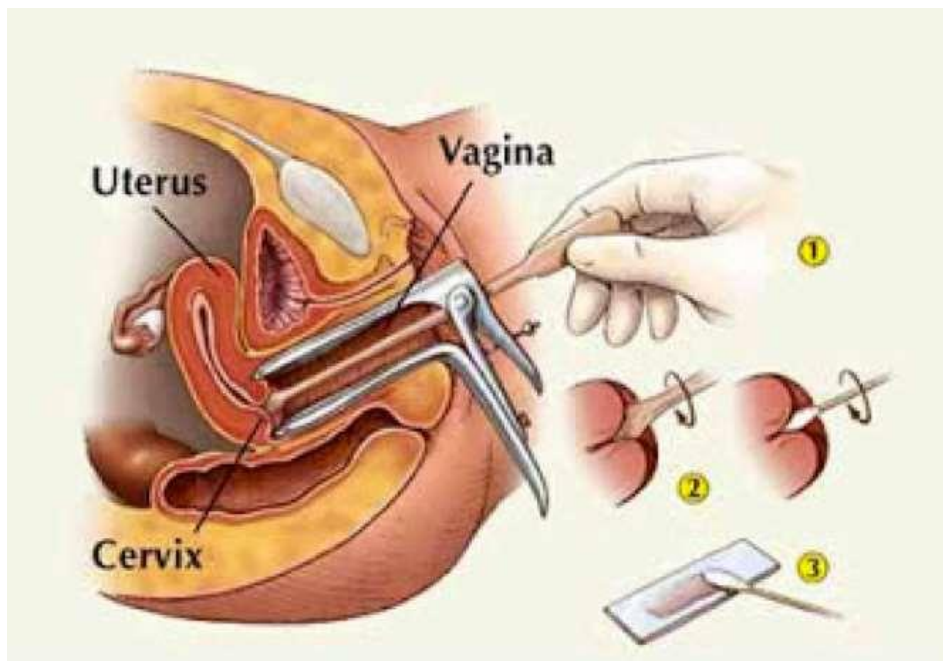
No início, a mulher com câncer de colo uterino não apresenta sintoma algum. Ao exame pode até apresentar um colo sem nenhuma lesão aparente (feridas de colo). Isso se explica por que as alterações características de câncer são encontradas nas células. Portanto são invisíveis ao olho nu, só podem ser vistas com microscópio.

Diagnóstico:

O exame que pode detectar precocemente as lesões precursoras de câncer é o teste de Papanicolaou. Se essas alterações forem detectadas bem cedo, tem 100% de chance de cura.

O exame deve ser realizado:

- Todos os anos para as mulheres sexualmente ativas;
- A cada 6 meses pelas mulheres que apresentam lesões de colo persistente ou DST frequentemente;
- As mulheres em fase de menopausa, gestantes, histerectomizadas e virgens também podem realizar o exame sem problemas.



9. CÂNCER DE MAMA

Definição:

A mama é uma glândula influenciada por hormônios. Sofre variações no tamanho, forma e função dependendo de fatores como o ciclo menstrual e gravidez. Apresentam-se como fatores de risco para o câncer de mama:



- Idade: entre os 35 a 50 anos;
- Hereditariedade;
- Ter tido outro tipo de câncer em outras partes do corpo;
- Fatores discutíveis como: fumo, álcool, anticoncepcionais, menopausa tardia, nenhuma gravidez;

Geralmente, o câncer de mama inicia-se com um nódulo mamário. Se não for descoberto em tempo poderá passar da fase inicial para a disseminação e metástases. Daí poderá ser incurável.

O nódulo suspeito de ser maligno tem as seguintes características:

- Fixo;
- Irregular: contornos não bem definidos;
- Duro;
- Indolor.

O câncer da mama é curável quando descoberto precocemente. Essa descoberta só acontecerá quanto mais as mulheres estiverem conscientes de que a arma número 1 contra o câncer de mama está em SUAS PRÓPRIAS MÃOS.

Trata-se do autoexame das mamas que todas as mulheres devem realizar mensalmente.

A melhor época para fazer o exame é por volta do 5º ao 7º dia do ciclo menstrual. Nessa época as mamas ainda estão sofrendo ação dos hormônios que desencadeiam a ovulação. As mulheres em menopausa também devem realizar o autoexame. O exame deve ser feito da seguinte maneira:

Etapas do Autoexame

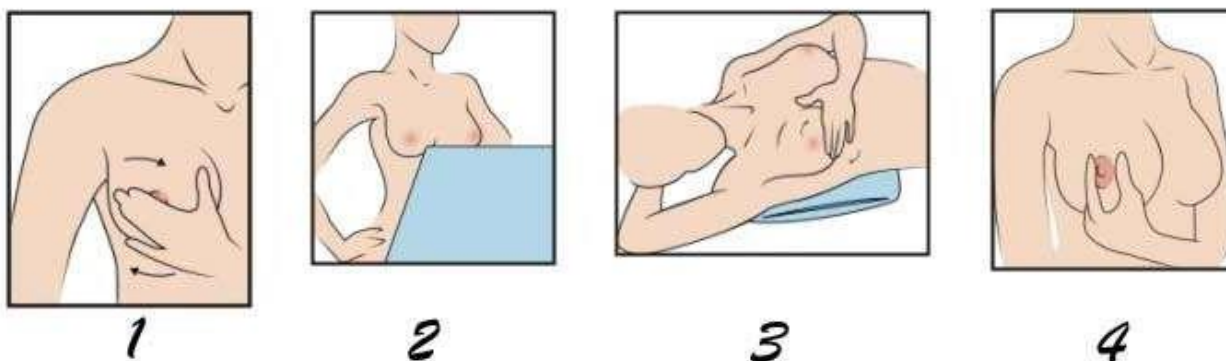
- a) Inspeção estática em frente ao espelho
- b) Palpação

Para realizar a palpação, a mulher deve estar deitada com o ombro sobrelevado. Assim, para examinar a mama direita, deve colocar sob o ombro direito, um travesseiro ou toalha dobrada e, com a mão esquerda, realizar a palpação da mama e da região axilar.

Após a palpação, a mulher deve pressionar os mamilos, procurando verificar a presença de secreção. Procedimento similar deve ser realizado com a mama esquerda.

A palpação da mama também pode ser efetuada em pé, durante o banho. Nesse caso, a mulher deve realizá-lo com o braço elevado, repetindo os procedimentos anteriores.

Auto-Exame - Câncer de Mama



Periodicidade do autoexame

O autoexame deve ser realizado mensalmente, após a menstruação, período em que as mamas não apresentam edema.

Para as mulheres que não menstruam, recomenda-se fazer o autoexame na primeira semana de cada mês.

As mulheres devem estar alerta para as seguintes observações:

- As mamas nem sempre são rigorosamente iguais;
- O autoexame não substitui o exame ginecológico de rotina;
- A presença de um nódulo mamário não é obrigatoriamente indicadora de neoplasia maligna;
- Em grande parte dos casos é a própria mulher que identifica a sua patologia mamária.
-

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ZIEGEL, Erna.; CRANLEY, Mecca. **Enfermagem Obstétrica**. 8. ed, Rio de Janeiro, GuanabaraKoogan,1985.

REZENDE, Jorge.; MONTENEGRO, Carlos. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 8. Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1995.

LEMOINE, J.-P. **Cadernos de Enfermagem**. Rio de Janeiro, MASSON, 1980.

CARVALHO, Geraldo M. de. **Enfermagem em Obstetrícia**. São Paulo, E.P.U.,1990.

GAMA, Djanira D.S. et al. **Moderna Assistência de Enfermagem**. Volume 2. 2. ed. São Paulo, Everest, 1990.

Apostila de Enfermagem Materno Infantil – Etecla – Curitiba – 1985

Trabalhando com Gestantes. Secretaria do Estado da Saúde. FESIMA , São Paulo,1993.

Controle do Câncer Cérvico-uterino e de Mama. Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde, 1986.