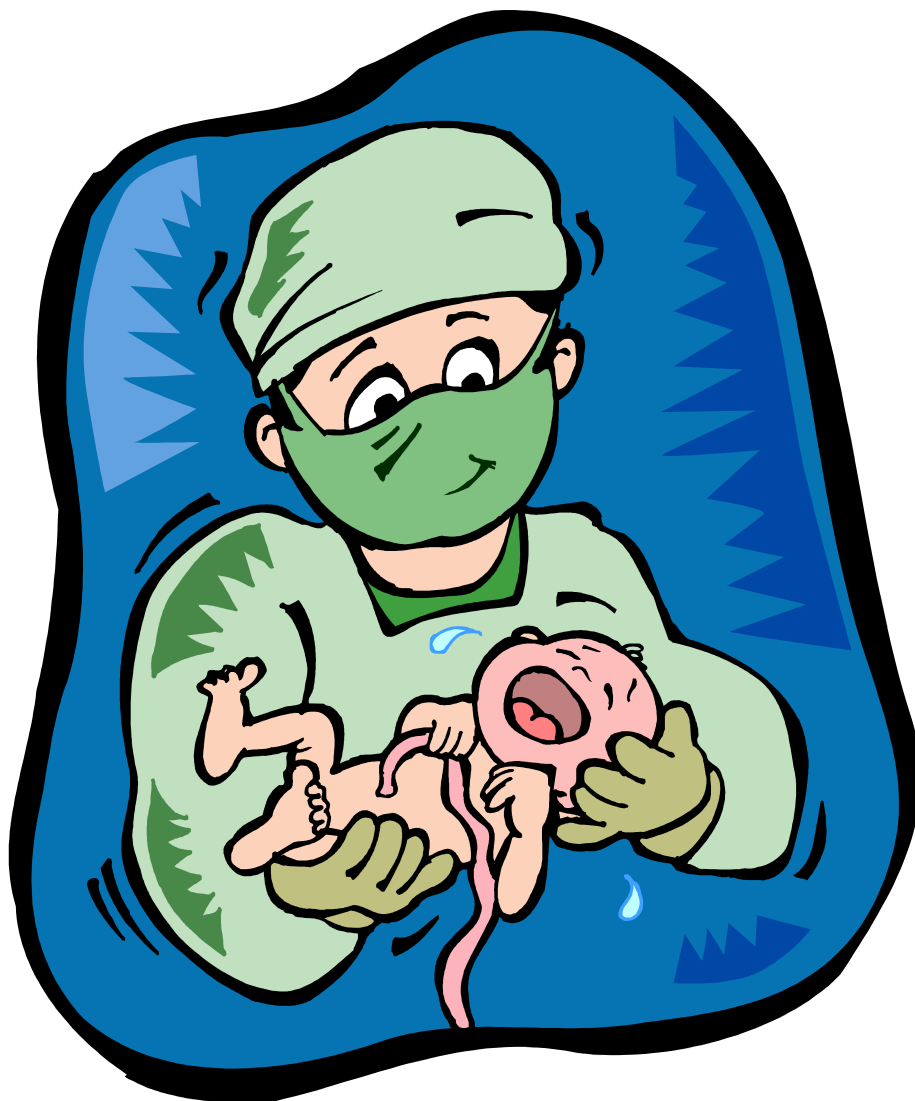


MATERNO-INFANTIL



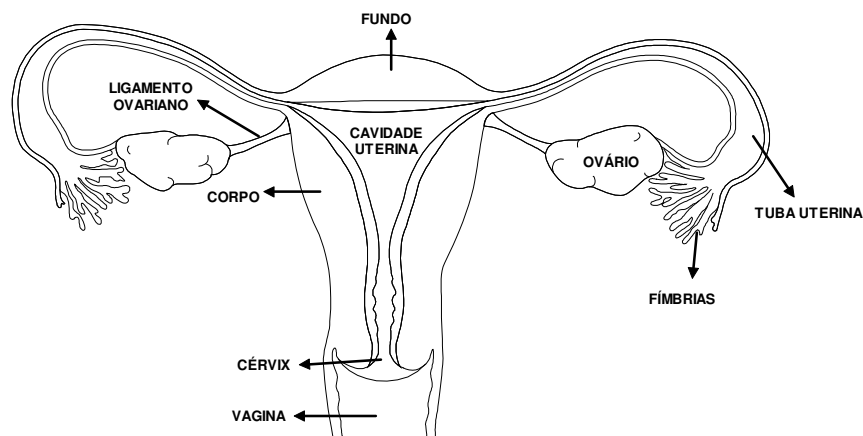
ÍNDICE

Órgãos Reprodutores	2
Processo de Fecundação	3
Desenvolvimento do Óvulo	3
Desenvolvimento da Placenta	4
Desenvolvimento do Embrião	4
A GESTAÇÃO	
Sinais de Gravidez	5
Hormônios de Gravidez	5
Diagnóstico da Gravidez	6
Pré-Natal	7
1° trimestre	8
2° trimestre	9
3° trimestre	9
Alterações Fisiológicas	10
Desenvolvimento Fetal	11
Gestação de Alto Risco	12
Cuidados durante o Pré-Natal	13
Desconfortos da Gravidez	17
INTERCORRÊNCIAS E COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ	
Doença Hipertensiva do Estado Gestacional (DHEG)	19
Hiperemese Gravídica	21
Diabetes Gestacional	21
Mola Hidatiforme	23
HIV	23
Prenhez Ectópica	24
Descolamento Prematuro da Placenta (DPP)	25
Placenta Prévia	25
Ruptura da Bolsa Amniótica	26
Incompetência Istmo-Cervical	26
Sífilis	26
PARTO	
O Trabalho de Parto	27
As Várias Formas de Dar a Luz	28
Estágios do Trabalho de Parto Natural	31
Mecanismos do Parto	33
Medicamentos usados no Trabalho de Parto	34
Complicações do Trabalho de Parto e Parto	34
PUERPÉRIO	
Transformações	36
Orientações	37
Modificações Gerais	38
Complicações do Puerpério	38
Medicações usadas no Puerpério	39
Assistência de Enfermagem no Puerpério	39
ALEITAMENTO MATERNO	
Fisiologia	40
O Leite Humano	40
O Aleitamento	40
Amamentando	41
Avaliação da Mamada	42
Extração e Conservação do Leite	43
Complicações durante a Amamentação	44
Problemas Relacionados ao Bebê	45
Cuidados com os Seios da Puérpera	46
RECÉM NASCIDO	
Classificação	47
Características	48
Reflexos	50
Cuidados Imediatos	50
Cuidados Mediatos	51
BIBLIOGRAFIA	56

ÓRGÃOS REPRODUTORES

Órgãos genitais externos - pequenos e grandes lábios vaginais e pelo clitóris, vestibulo vaginal e orifício vaginal, que em conjunto formam a vulva.

Órgãos reprodutores internos - os ovários, as trompas de Falópio, o útero e a vagina.



ÓRGÃOS GENITAIS EXTERNOS - VULVA

Conjunto de formações externas que protegem a vagina e o orifício urinário e colaboram na copulação.

- **Grandes lábios** - são formações cutâneas, em que a forma e dimensão são determinadas pelo tecido gorduroso subcutâneo. Circundam os pequenos lábios e vão unir-se anteriormente para formar o monte de Vênus, elevação coberta de pêlos pubianos. Estreitam-se e encontram-se abaixo e posteriormente, para formar o limite inferior da vulva..
- **Pequenos lábios** - duas pregas cutâneas de pequenas dimensões e coloração rosa, protegem a abertura vaginal.
- **Clitóris** - é um órgão de grande sensibilidade, com 1 a 2 cm de comprimento, correspondente a glânde do pênis. Localiza-se na região anterior a vulva e é constituído de tecido esponjoso, que se intumescce durante a excitação sexual.
- **Meato uretral** (orifício urinário) - abre-se na parte anterior do vestibulo e o orifício vaginal na parte posterior.
- **Glândulas de Bartholin** - pequenos condutos situados de cada lado do orifício vaginal, secretam um líquido claro e viscoso, de atividade lubrificante.
- **Hímen** - é uma delgada prega de mucosa altamente vascularizada, cujos bordos aderem às paredes do orifício vaginal. Apresenta geralmente uma perfuração central de diâmetro variável. Sua ruptura não determina, necessariamente, sangramento.

ÓRGÃOS REPRODUTORES INTERNOS

Ovários

Os ovários são dois órgãos pequenos (aproximadamente 3 x 2 x 1 cm), em forma de amêndoas e localizados no abdômen, à direita e à esquerda, numa linha imaginária entre a cintura e o púbis. Eles têm como função, secretar dois hormônios que regem a conformação e o funcionamento dos demais órgãos genitais, inclusive mamas e produzir os óvulos. Os ovários são brancos na superfície e, depois da puberdade, apresentam minúsculas cicatrizes, cada uma delas correspondente a um óvulo liberado em cada ciclo menstrual. Como não é recoberto pelo peritônio, ao contrário dos outros órgãos abdominais, o ovário libera o óvulo diretamente na cavidade abdominal, de onde ele migra para a trompa próxima: Daí a possibilidade, rara, de ocorrer uma gravidez em pleno abdome, fora do útero.

Trompas de Falópio

Também chamadas ovidutos, são os canais que ligam cada ovário ao útero, e através dos quais o óvulo "anda" até lá. Medem uns 12 cm de comprimento, em média; o diâmetro varia nas diversas regiões. A extremidade livre de cada trompa, alargada e franjada, situa-se junto a cada um dos ovários. O interior dos ovidutos é revestido por células ciliadas que suga o óvulo, juntamente com o líquido presente na cavidade abdominal. No interior da trompa, o óvulo se desloca até a cavidade uterina, impulsionado pelos batimentos ciliares. É durante a migração do ovário para o útero, dentro da trompa, que o óvulo é fecundado por um dos espermatozoides que "nadam" ao seu encontro. Por isso, a obstrução cirúrgica ou patológica das trompas determina a esterilidade na mulher.

Útero

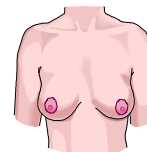
É um órgão musculoso e oco, do tamanho aproximadamente igual a uma pêra. Em uma mulher que nunca engravidou, o útero tem aproximadamente 7,5 cm de comprimento por 5 cm de largura. Os arranjos dos músculos da parede uterina permitem grande expansão do órgão durante a gravidez, aumentando seu tamanho em mais de 500 vezes. A porção superior do útero é larga e está conectada às trompas. Sua porção inferior (o colo uterino) é estreita e se comunica com a vagina. O útero, fora da gravidez, está localizado na pequena bacia, porção inferior da bacia óssea. O útero é constituído por uma parede muscular espessa, o miométrio (mio = músculo; metro = útero ou matriz), revestida por fora pelo peritônio e por dentro pelo endométrio (endon = dentro de). O endométrio, ao desprender-se parcialmente do útero, aparece fragmentado na menstruação.

Vagina

É um canal musculoso que se abre para o exterior, na genitália externa. Até a primeira relação sexual, a entrada da vagina é parcialmente recoberta por uma fina membrana, o hímen, de função ainda desconhecida. Possibilita a eliminação do sangue menstrual para o exterior e forma parte do canal do parto. A vagina é revestida por uma membrana mucosa, cujas células liberam glicogênio. Bactérias presentes na mucosa vaginal fermentam o glicogênio, produzindo ácido lático que confere ao meio vaginal um pH ácido, que impede a proliferação da maioria dos microorganismos patogênicos. Durante a excitação sexual, a parede da vagina se dilata e se recobre de substâncias lubrificantes produzidas pelas glândulas de Bartolin, facilitando a penetração do pênis.

Mamas

Elevações peitorais que abrigam as glândulas de onde provém o leite requerido pela amamentação. O leite é produzido pelas glândulas mamárias (conjunto de pequenas bolsas de células secretoras conectadas entre si por meio de dutos). Existem cerca de 15 a 20 conjuntos glandulares em cada seio e seus dutos se abrem nos mamilos, por onde o leite é expelido.



O aparelho genital feminino participa da conjunção do sexo feminino com o masculino e exerce isoladamente, durante a fase de fecundidade da vida da mulher, as funções de:

- **Ovulação** - produção do óvulo.
- **Fecundação** - conjugação dos fatores hereditários do espermatozóide com o óvulo.
- **Nidação** - acomodação no útero do óvulo fecundado.
- **Gestação** - desenvolvimento do bebê.
- **Parto** – expulsão da criança apta a desempenhar as funções vitais fora do organismo da mãe.

PROCESSO DE FECUNDAÇÃO

A concepção (fertilização) é o início da gravidez, quando um óvulo é fertilizado por um espermatozóide.

Como parte do ciclo menstrual normal, um óvulo é liberado de um dos ovários aproximadamente 14 dias antes da menstruação seguinte.

A liberação do óvulo é denominada ovulação. Na ovulação, a camada de muco do colo do útero (a parte inferior do útero que se abre para o interior da vagina) torna-se mais líquida, permitindo que os espermatozoides penetrem no útero mais rapidamente.

Os espermatozoides podem movimentar-se desde a vagina até a extremidade em forma de funil de uma tuba uterina (local onde geralmente ocorre a concepção) em 5 minutos.

A fecundação do óvulo ocorre geralmente, na primeira porção da trompa de Falópio.

Um único espermatozóide atravessa sua membrana carregando consigo 23 cromossomos não pareados. Imediatamente, esses cromossomos isolados combinam-se com os outros 23 cromossomos, também não pareados que existem nesse óvulo, passando a formar um complemento normal de 46 cromossomos, dispostos em 23 pares.

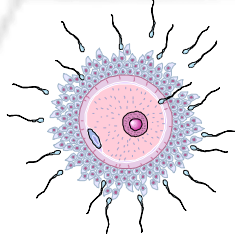
Isso dá início ao processo de multiplicação celular, cujo resultado final é o desenvolvimento de uma criança.

Quando a fertilização não ocorre, o óvulo degenera e é eliminado do útero juntamente com a menstruação seguinte. Contudo, quando ele é penetrado por um espermatozóide, o óvulo é fertilizado e começa a crescer, transformando-se em um embrião após uma série de divisões celulares.

Quando mais de um óvulo é liberado e fertilizado, ocorre uma gestação múltipla, normalmente gemelar. Neste caso, os gêmeos são fraternos.

Os gêmeos idênticos são o resultado da separação de um óvulo já fecundado em duas células independentes na primeira vez em que ele se divide.

As células que revestem a tuba uterina facilitam a fertilização e o posterior desenvolvimento do zigoto.



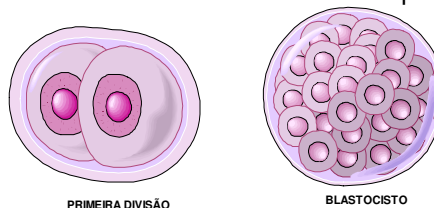
DESENVOLVIMENTO DO ÓVULO

O óvulo fertilizado (ovo ou **zigoto**) divide-se repetidas vezes enquanto desloca-se até o útero. O desenvolvimento embrionário tem início ainda na trompa, logo após a fertilização. Cerca de 24h após a penetração do espermatozóide, o zigoto se divide, formando as duas primeiras células embrionárias, que se dividem novamente, produzindo quatro células, que se dividem produzindo oito e assim sucessivamente.

O zigoto transforma-se em uma sólida bola de células e, em seguida, numa bola oca de células, denominada **blastocisto**.

As divisões celulares continuam ocorrendo à medida que o embrião se desloca pela trompa em direção ao útero, depois de 3 dias após a fecundação.

Após permanecer livre na cavidade uterina por cerca de 3 a 4 dias, nutrindo-se de substâncias produzidas por glândulas do endométrio, o embrião então, implanta-se na mucosa uterina, processo chamado de **nidação** quando, então, se desenvolve até se transformar num embrião e numa placenta.



DESENVOLVIMENTO DA PLACENTA

O blastocisto geralmente implanta-se próximo da parte superior do útero, na parede anterior ou posterior.

A parede do blastocisto possui a espessura de uma célula, exceto em uma região onde ela apresenta uma espessura de três ou quatro células.

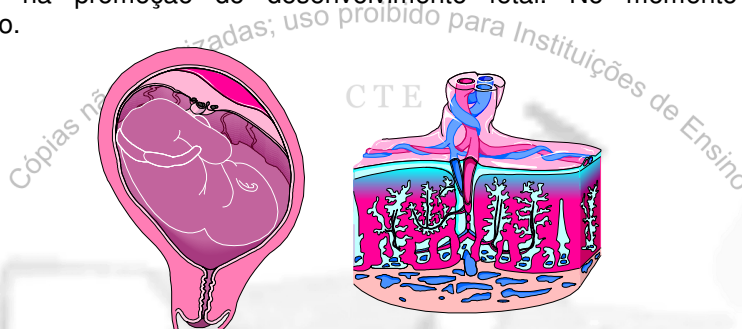
A implantação começa entre 5 a 8 dias após a fertilização e termina em torno do nono ou décimo dia.

As células mais internas da parte mais espessa da parede do blastocisto convertem-se no embrião, enquanto que as externas penetram na parede uterina para formar a placenta. Durante as primeiras semanas após a implantação do ovo, sua nutrição vai depender da digestão trofoblástica e da fagocitose do endométrio.

Contudo em torno da 12ª semana de gravidez, a placenta já se desenvolveu o suficiente para que possa, daí por diante, suprir todos os nutrientes que forem necessários.

A placenta permite a troca de oxigênio, nutrientes e produtos da degradação metabólica entre a mãe e o feto.

Produz hormônios, estrogênio, gonadotropina coriônica e progesterona, que auxiliam na manutenção da gravidez e são muito importantes na promoção do desenvolvimento fetal. No momento do parto, ela pesa aproximadamente meio quilo.



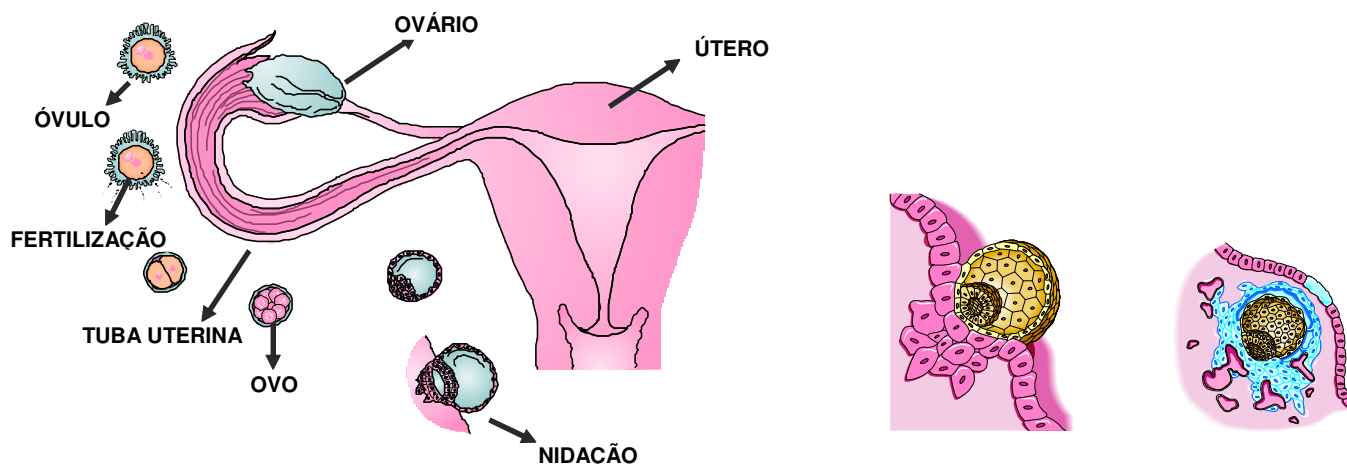
DESENVOLVIMENTO DO EMBRIÃO

Aproximadamente 10 dias após a fertilização, a área que se transformará no cérebro e na medula espinhal (crista neural) começa a desenvolver e o coração e os principais vasos sanguíneos começam a desenvolver em torno do 16º ou 17º dia.

O coração começa a bombear líquido através dos vasos sanguíneos em torno do 20º dia e os primeiros eritrócitos (hemácias, glóbulos vermelhos) aparecem no dia seguinte. A seguir, os vasos sanguíneos continuam a desenvolver em todo o embrião e na placenta.

Os órgãos estão completamente formados em torno da décima-segunda semana de gravidez (aproximadamente 10 semanas após a fertilização), com exceção do cérebro e da medula espinhal que continuam a amadurecer durante toda a gestação.

No início, o embrião em desenvolvimento está localizado sob o revestimento do útero, em um dos lados da cavidade uterina. No entanto, em torno da 12ª semana, o feto preenche toda a cavidade uterina.



A GESTAÇÃO

SINAIS DE PRESUNÇÃO

São os que sugerem gestação, decorrentes, principalmente, do aumento da progesterona:

- Amenorréia** - freqüentemente, é o primeiro sinal que alerta para uma possível gestação. É uma indicação valiosa para a mulher que possui menstruação regular; entretanto, também pode ser resultado de condições como, por exemplo, estresse emocional, mudanças ambientais, doenças crônicas, menopausa, uso de métodos contraceptivos e outros; Entretanto, pacientes com menstruações irregulares, muitas vezes só suspeitam de gestação quando aparecem outros sintomas como náuseas e vômitos, aumento do volume e dolorimento das mamas, aumento da freqüência urinária, aumento de peso, aumento do volume abdominal e, mais tardiamente, com a sensação dos movimentos fetais
- Náusea com ou sem vômitos** - como sua ocorrência é mais freqüente pela manhã, é denominada "enjôo matinal", mas pode ocorrer durante o restante do dia. Surge no início da gestação e, normalmente, não persiste após 16 semanas;
- Alterações mamárias** - caracterizam-se pelo aumento da sensibilidade, sensação de peso, latejamento e aumento da pigmentação dos mamilos e aréola; a partir do segundo mês, as mamas começam a aumentar de tamanho;
- Polaciúria** - é o aumento da freqüência urinária. Na gravidez, especialmente no primeiro e terceiro trimestre, dá-se o preenchimento e o conseqüente crescimento do útero que, por sua vez, pressiona a bexiga diminuindo o espaço necessário para realizar a função de reservatório. A esta alteração anatômica soma-se a alteração fisiológica causada pela ação da progesterona, que provoca um relaxamento da musculatura lisa da bexiga, diminuindo sua capacidade de armazenamento;
- Vibração ou tremor abdominal** - são termos usados para descrever o reconhecimento dos primeiros movimentos do feto, pela mãe, os quais geralmente surgem por volta da 20ª semana. Por serem delicados e quase imperceptíveis, podem ser confundidos com gases intestinais.

Quando existir suspeita clínica de gestação, solicitam-se provas laboratoriais que detectam a gravidez, como a gonadotrofina coriônica humana (hCG).

SINAIS DE PROBABILIDADE

São os que indicam que existe uma provável gestação.

- Aumento uterino** - devido ao crescimento do feto, do útero e da placenta;
- Mudança da coloração da região vulvar** - tanto a vulva como o canal vaginal tornam-se bastante vascularizados, o que altera sua coloração de rosa-avermelhado para azul-escuro ou vinho;
- Colo amolecido** - devido ao aumento do aporte sanguíneo na região pélvica, o colo uterino torna-se mais amolecido e embebido, assim como as paredes vaginais tornam-se mais espessas, enrugadas, amolecidas e embebidas.
- Sinal de rebote** - é o movimento do feto contra os dedos do examinador, após ser empurrado para cima, quando da realização de exame ginecológico (toque) ou abdominal;
- Contrações de Braxton-Hicks** - são contrações uterinas indolores, que começam no início da gestação, tornando-se mais notáveis à medida que esta avança, sentidas pela mulher como um aperto no abdome. Ao final da gestação, tornam-se mais fortes, podendo ser confundidas com as contrações do parto.

SINAIS DE CERTEZA

São aqueles que efetivamente confirmam a gestação:

- Batimento cardíaco fetal (BCF)** - utilizando-se o estetoscópio e Pinard, pode ser ouvido, freqüentemente, por volta da 18ª semana de gestação; caso seja utilizado um aparelho amplificador denominado Sonar Doppler consegue-se ouvir a partir de 10 a 12 semanas de gestação. A freqüência cardíaca fetal é rápida e oscila de 120 a 160 batimentos por minuto;
- Contornos fetais** - ao examinar a região abdominal, freqüentemente após a 20ª semana de gestação, identificamos algumas partes fetais (pólo cefálico, pélvico, dorso fetal);
- Movimentos fetais ativos** - durante o exame, a atividade fetal pode ser percebida a partir da 18ª/20ª semana de gestação quando o examinador coloca a mão sobre o útero materno. Quando a gestante for obesa a percepção dos movimentos fetais é mais tardia.
- Visualização do embrião ou feto pela ultra-sonografia** - Após a 8ª semana de gestação, a ultra-sonografia apresenta grande precisão diagnóstica.
- Ecografia via transvaginal** - A partir da 6ª semana de gestação. É muito utilizada para o diagnóstico precoce da gestação, bem como de suas anormalidades.

Confirmado o diagnóstico a gestante deverá iniciar o pré-natal e possíveis agentes maléficos ao binômio mãe-feto serão afastados (medicações, ingestão de bebidas alcoólicas, o fumo, manipulação de alguns produtos químicos, etc.)

HORMÔNIOS DA GRAVIDEZ

Os hormônios desempenham um papel muito importante na gravidez. A maior parte desses hormônios é secretada pela própria placenta.

Dois desses hormônios são o **estrogênio** e a **progesterona**, os dois hormônios sexuais femininos que são secretados pelos ovários durante o ciclo menstrual feminino normal.

Entretanto dois outros hormônios também importantes e, até mesmo necessários para a gravidez são a **gonadotropina coriônica** e a **somatomamotropina coriônica** humana.

Esses hormônios atuam tanto sobre a mãe quanto sobre o feto.

Na mãe ajuda a controlar as alterações do útero e das mamas que são necessárias para assegurar a vida fetal até seu desenvolvimento e de promover a produção de leite.

Também ajudam a regular o desenvolvimento do próprio feto, especialmente de seus órgãos sexuais.

Funções do estrogênio durante a gravidez

Na mãe provoca rápida proliferação da musculatura uterina, aumento muito acentuado do crescimento do sistema vascular para o útero, dilatação dos órgãos sexuais externos e do orifício vaginal, o que provê uma via adequadamente maior para a passagem do feto, e provavelmente também certo grau de relaxamento dos ligamentos pélvicos que permitem a dilatação do canal pélvico com passagem do feto.

Além desses efeitos sobre os órgãos reprodutivos, o estrogênio também promove o crescimento rápido das mamas. Em especial os ductos ficam muito aumentados e as células glandulares aumentam de número.

Finalmente o estrogênio promove a deposição nas mamas de quantidade adicional de gordura, em torno de meio quilo. Ou seja, o estrogênio é responsável por desenvolver as características sexuais femininas.

Durante as primeiras 15-20 semanas de gravidez o corpo lúteo, responsável pela secreção do estrogênio e do progesterona, aumenta a secreção desses dois hormônios em duas a três vezes o normal, porém após a décima sexta semana a placenta passa a secretar esses hormônios, aumentando de forma drástica sua produção e fazendo com que a secreção de estrogênio fique cerca de 30 vezes maior que o normal.

Funções da progesterona durante a gravidez

Ao contrário do estrogênio, a progesterona praticamente não exerce influência sobre as características sexuais femininas, mas sim sobre o preparo do útero para receber o óvulo fertilizado e da mama para secreção do leite.

A primeira função da progesterona durante a gravidez é a de tornar disponíveis para o uso fetal as quantidades adicionais de nutrientes que ficam armazenadas no endométrio. Isso é realizado para fazer com que essas células do endométrio armazenem glicogênio, gorduras e aminoácidos.

Além disso, a progesterona exerce potente efeito inibidor sobre a musculatura uterina, fazendo com que permaneça relaxada durante toda a gravidez, uma vez que se isso não ocorresse, as contrações expulsariam o óvulo fertilizado ou até mesmo o feto em desenvolvimento. A progesterona complementa os efeitos do estrogênio sobre as mamas.

Faz com que os elementos glandulares fiquem ainda maiores e formem um epitélio secretor, e promove a deposição de nutrientes nas células glandulares, de modo que, quando a produção de leite for necessária, todos os elementos que devem participar dessa produção estejam disponíveis.

Função da gonadotrofina coriônica durante a gravidez

A função desse hormônio é manter ativo o corpo lúteo durante o primeiro trimestre. Sem o corpo lúteo em atividade a secreção de progesterona e estrogênio seria afetada e assim o feto cessaria seu desenvolvimento e seria eliminado dentro de poucos dias.

Após o primeiro trimestre a remoção do corpo lúteo já não afeta mais a gravidez uma vez que a placenta fica responsável pela secreção de estrogênio e progesterona em quantidades muito elevadas.

A concentração máxima de gonadotrofina coriônica acontece aproximadamente na oitava semana, justamente o período que é essencial impedir a evolução do corpo lúteo. Nas partes média e tardia da gravidez, a secreção da gonadotrofina coriônica cai até valores muito menores.

A essa época da gravidez, sua única função conhecida é a de estimular a secreção de testosterona pelo testículo fetal e tem papel muito importante no desenvolvimento do feto masculino.

Somatomamotropina coriônica humana

Esse hormônio é responsável principalmente pela nutrição adequada do feto, diminuindo, dessa forma, a utilização da glicose pela mãe e tornando-a disponível em maior quantidade para o feto.

Ocorre também uma mobilização aumentada de ácidos graxos do tecido adiposo materno, elevando a utilização dos mesmos como fonte de energia em lugar da glicose.

Um outro efeito desse hormônio é auxiliar o crescimento fetal, efeito esse semelhante ao do hormônio do crescimento, contudo esse efeito é relativamente fraco.

O DIAGNÓSTICO DA GRAVIDEZ

Testes de gravidez - Todos os testes de gravidez utilizados visam identificar a gonadotrofina coriônica humana (hCG) produzida logo após a fecundação e implantação do óvulo ao útero.

A determinação deste exame, na urina ou no sangue, é a forma mais utilizada para o diagnóstico precoce da gestação.

A produção de hCG é o sinal que o embrião lança na circulação para que o organismo materno reconheça a gestação.

Os níveis de hCG na gestação normal podem ser dosados pouco tempo após a implantação, aumentam pelo menos 66% a cada 48 horas, alcançando o pico máximo entre 50 e 75 dias de gestação. No segundo e terceiro trimestre da gestação os níveis são mais baixos.

A presença de gonadotrofina coriônica na circulação torna o diagnóstico de gestação muito provável, entretanto o diagnóstico de certeza necessita de algum dos três sinais positivos de gestação. Geralmente, o primeiro teste usado pela maioria das mulheres para detectar a presença da gravidez, é aquele vendido nas farmácias, que é

praticamente 100% confiável. O objetivo deste tipo de teste é medir o nível de HCG (hormônio específico da gravidez) contido na urina.

Muitas mulheres, ansiosas em descobrir se estão grávidas ou não, acabam por fazer o teste antes do atraso menstrual, ou seja, na época errada, e provavelmente o mesmo irá acusar um resultado negativo, pois o nível do hormônio HCG contido na urina ainda estará muito baixo, podendo não ser detectado pelo teste.

Conforme as recomendações dos especialistas, o teste deve ser realizado pelo menos um dia após o atraso da menstruação e é importante ler atentamente as orientações da bula antes de iniciá-lo, pois assim a mulher terá certeza que o resultado obtido será verdadeiro. A presença de gonadotrofina coriônica na circulação torna o diagnóstico de gestação muito provável, entretanto o diagnóstico de certeza necessita de alguns outros sinais positivos de gestação.

O PRÉ-NATAL

Na 1ª consulta a que é submetida a gestante, são realizados exames clínicos, obstétrico e ginecológico; histórico; exame de urina, sangue e fezes.

As consultas são mensais até 7 meses e meio de gravidez; da 30ª semana em diante são quinzenais; no último mês de gravidez são semanais.

- A gestante deve conversar, perguntar e não deixar que lhe causem dor ou constrangimento. Se necessário, deve levar todas as suas perguntas e dúvidas por escrito.
- futura mãe deve informar a história prévia de sua saúde, evolução de gestações anteriores além de qualquer acontecimento importante que porventura tenha ocorrido.
- Em cada consulta é obrigatório a verificação do peso, da pressão e da altura uterina da gestante, e que sejam ouvidos os batimentos do coração do bebê.
- Um bom pré-natal deve incluir, no mínimo, seis consultas, e seu acompanhamento pode ser realizado por um médico, enfermeira ou outro profissional devidamente treinado.
- Para ser considerado de qualidade e resolver a maioria dos problemas que venham a aparecer, um bom serviço de saúde basta ter uma cama, uma balança, uma fita métrica, um aparelho para medir a pressão, um estetoscópio para ouvir os batimentos cardíacos do bebê, bem com vacina anti-tetânica, material para exame ginecológico e para colher os exames de sangue e Papanicolaou.
- Os exames rotineiramente solicitados no pré-natal são os de urina, fezes e sangue. O exame de fezes informará a existência de alguma verminose, que deverá ser tratada; o de urina mostrará se há sinais de infecção ou indicações suspeitas de uma eclâmpsia; o exame de sangue verifica as funções gerais do organismo, o tipo sanguíneo, o fator Rh e a presença ou não de anemia e sífilis.
- O exame ginecológico compreende o exame das mamas e dos órgãos relacionados com a reprodução. O toque e o exame com espéculo, realizados na primeira consulta de pré-natal, permitem avaliar se há algum problema ou infecção e possibilitam a coleta de material para envio ao laboratório para análise e prevenção do câncer. Esse exame – chamado Papanicolaou – é simples e indolor.
- No pré-natal, o diagnóstico das doenças sexualmente transmissíveis é de extrema importância, tanto para a mãe como para o feto. Na identificação de uma sífilis, por exemplo, o tratamento oportuno evitará que o bebê venha a ter graves seqüelas.
- Apalpar a barriga da gestante e medi-la permitirá saber se o bebê está se desenvolvendo adequadamente, na posição e tamanho corretos. Hoje essa avaliação é quase sempre realizada mediante exame de ultra-som, mas, mesmo sem ele, é possível ter uma boa noção apenas auscultando o bebê, medindo e verificando a barriga da mãe (altura uterina).

Linha alva é a linha abdominal que se estende do apêndice xifóide até o púbis; na gravidez esta escurece.

- Durante o pré-natal a mulher (e seu companheiro) devem assistir a cursos, palestras, reuniões com outras gestantes ou ler material informativo.
- A responsabilidade do serviço de pré-natal vai até o momento da internação. Não existe alta do pré-natal. O atendimento deve, portanto, não só bem assistir a mulher até o fim da gestação como informá-la sobre as maternidades e/ou hospitais existentes na localidade, a documentação necessária para a internação e como identificar os sinais de que a hora do parto se aproxima. Além disso, no caso de gravidez de risco, deve orientar qual o estabelecimento de saúde mais adequado para essa atenção.

IDADE GESTACIONAL

A duração da gravidez é de 40 semanas, 10 luas ou 280 dias. A contagem em meses pode ser usada para orientar as pessoas que convivem com a gestante, mas é imprecisa para determinar a data real do nascimento do bebê. Por convenção, as gestações são datadas em semanas, iniciando a partir do primeiro dia da última menstruação. Como a ovulação geralmente ocorre aproximadamente 2 semanas após o início do ciclo menstrual e como a fertilização normalmente ocorre logo após a ovulação, o embrião é aproximadamente 2 semanas mais jovem que o número de semanas tradicionalmente consignadas à gravidez. Em outras palavras, a mulher que está “grávida de 4 semanas” está carregando um embrião com 2 semanas de vida. Quando a menstruação da mulher é irregular, a diferença real pode ser superior ou inferior a 2 semanas. Do ponto de vista prático, quando uma mulher apresenta um atraso menstrual de 2 semanas, ela é considerada grávida de 6 semanas. Em média a gestação dura 266 dias (38 semanas) a partir da data da concepção ou 280 dias (40 semanas) a partir do primeiro dia da última menstruação. A data aproximada do parto pode ser calculada contando-se retroativamente

3 meses do calendário, a partir do primeiro dia da última menstruação, e adicionando-se 1 ano e 7 dias. Apenas 10% ou menos das mulheres grávidas dão a luz na data calculada, mas 50% dão a luz no período de 1 semana e quase 90% no período de 2 semanas (antes ou depois da data prevista). Por essa razão, o parto que ocorre 2 semanas antes ou após a data calculada é considerado normal.

TABELA PARA ACOMPANHAMENTO DA GRAVIDEZ

SEMANAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
MESES	1			2			3			4				5				6				7				8				9										
	1º TRIMESTRE												2º TRIMESTRE												3º TRIMESTRE															

ÚLTIMA MENSTRUÇÃO →
 OVULAÇÃO →
 PRÓXIMA MENSTRUÇÃO CASO NÃO HAJA FECUNDAÇÃO →
 DATA ESTIMADA PARA O NASCIMENTO DO BEBÊ 280 DIAS →
 CORRELAÇÃO APROXIMADA ENTRE MESES E SEMANAS DE GRAVIDEZ

Quando a data da última menstruação é desconhecida pela gestante

Nesse caso, uma das formas clínicas para o cálculo da idade gestacional é a verificação da altura uterina, ou a realização de ultrassonografia. Geralmente, essa medida equivale ao número de semanas gestacionais, mas só deve ser considerada a partir de um exame obstétrico detalhado.

Nas gestações de alto risco é imprescindível o estabelecimento preciso da idade gestacional. Isso é realizado pela data da última menstruação (quando a paciente recordar) ou por ecografia precoce.

A gravidez é dividida em três períodos de três meses, denominados primeiro trimestre (da 1ª à 12ª semana), segundo trimestre (da 13ª à 24ª semanas) e terceiro trimestre (da 25ª semana até o parto).

O PRIMEIRO TRIMESTRE DA GRAVIDEZ

O primeiro trimestre começa com a concepção e continua até a 12ª semana de gestação. Assim que começam as primeiras mudanças fisiológicas, surgem várias questões psicológicas e de desenvolvimento que devem ser consideradas pelo profissional de saúde.

Estas questões podem estar relacionadas a:

- Desejos durante a gravidez,
- Medos sobre as capacidades maternas,
- Bem-estar do feto,
- Expectativa de mudança de vida.

O corpo feminino é inundado por hormônios.

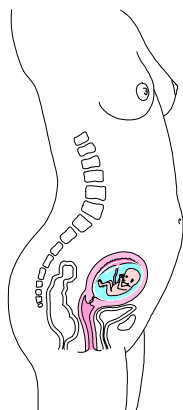
Seios pesados e mal-estar são os sinais mais evidentes da gestação para a maioria das mulheres. Enquanto a atenção da gestante se fixa nas alterações corporais, o bebê vai se desenvolvendo em ritmo acelerado: é nesses três meses iniciais que seus principais órgãos se formam e ele deixa de ser um simples embrião para assumir a condição de feto, já com contornos humanos.

Placenta e Embrião na Oitava Semana

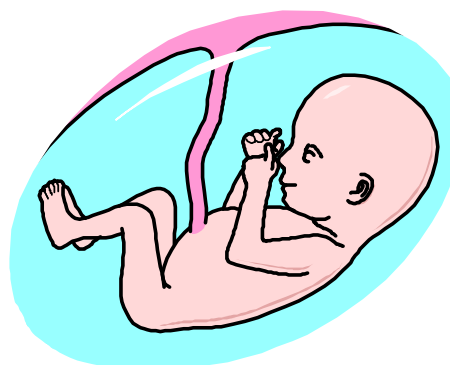
A placenta em desenvolvimento forma diminutas projeções (vilos) que se estendem para o interior da parede uterina. Os vasos sanguíneos provenientes do embrião, os quais passam através do cordão umbilical, desenvolvem-se nas vilosidades.

Nos vilos, uma membrana fina separa o sangue do embrião do sangue da mãe que flui através do espaço que circunda os vilos (espaço intervilosos).

Este arranjo permite a troca de material entre o sangue da mãe e o sangue do embrião. O embrião flutua num líquido (líquido amniótico), o qual está contido num saco (bolsa amniótica). O líquido amniótico provê um espaço para o embrião crescer livremente e ajuda a protegê-lo de lesões.



PRIMEIRO TRIMESTRE



A imunização da gestante com vacina antitetânica é rotineiramente feita no pré-natal, considerando-se que os anticorpos produzidos ultrapassam a barreira placentária, vindo a proteger o concepto contra o tétano neonatal -

pois a infecção do bebê pelo *Clostridium tetani* pode ocorrer no momento do parto e/ou durante o período de cicatrização do coto umbilical, se não forem observados os adequados cuidados de assepsia.

Ressalte-se que este procedimento também previne o tétano na mãe, já que a mesma pode vir a infectar-se por ocasião da episiotomia ou cesariana.

A proteção da gestante e do feto é realizada com a vacina dupla tipo adulto (dT) ou, em sua falta, com o toxóide tetânico (TT).

O esquema recomendado é o seguinte:

Gestante não-vacinada

O esquema básico consta de três doses, podendo-se adotar um dos seguintes:

1ª dose	2ª dose	3ª dose
Precoce	30-60 dias depois da 1ª dose	180 dias depois da 2ª dose
Precoce	60 dias depois da 1ª dose	60 dias depois da 2ª dose

Reforços: de dez em dez anos. A dose de reforço deve ser antecipada se, após a aplicação da última dose, ocorrer nova gravidez em cinco anos ou mais.

Gestante vacinada

Esquema básico: na gestante que já recebeu uma ou duas doses da vacina contra o tétano (DPT, TT, dT, ou DT), deverão ser aplicadas mais uma ou duas doses da vacina dupla tipo adulto (dT) ou, na falta desta, o toxóide tetânico (TT), para se completar o esquema básico de três doses.

Contra-indicações

A única contra-indicação é o relato, muito raro, de reação anafilática seguindo-se à aplicação de dose anterior.

Na gestação, a mulher tem garantida a realização de exames laboratoriais de rotina, dos quais os mais comuns são:

Hemograma completo (dosagem de hemoglobina, hematócrito, leucócitos);

Grupo sanguíneo e fator Rh;

Sorologia para sífilis (VDRL);

Glicemia;

Teste anti-HIV;

EAS;

Parasitológico;

Preventivo de câncer de colo de útero (Papanicolaou).

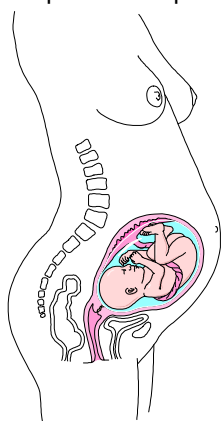
O SEGUNDO TRIMESTRE DA GRAVIDEZ

No segundo trimestre, ou seja, a partir da 13ª até a 24ª semana de gestação, a grande maioria dos problemas de aceitação da gravidez foi amenizada ou sanada e a mulher e/ou casal e/ou família entram na fase de “curtir o bebê que está por vir”.

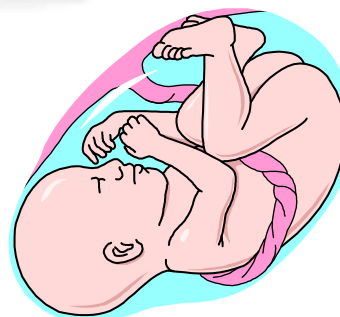
Começa então a preparação do enxoval.

A barriga ainda não pesa tanto - esta é considerada a melhor fase da gravidez.

O bebê já está com os principais órgãos formados, escapou da fase mais crítica para as malformações e, com isso, a futura mamãe superou boa parte de seus medos em relação ao pequeno ser que está gerando.



SEGUNDO TRIMESTRE



O TERCEIRO TRIMESTRE DA GRAVIDEZ

O terceiro trimestre começa com a 24ª semana de gestação e continua até o parto do neonato, que normalmente ocorre na 42ª semana.

A mulher deverá ter completado o desenvolvimento da primeira e segunda etapa da gravidez e estar trabalhando na terceira etapa, que é a preparação para o nascimento e desenvolvimento do papel de mãe/pai.

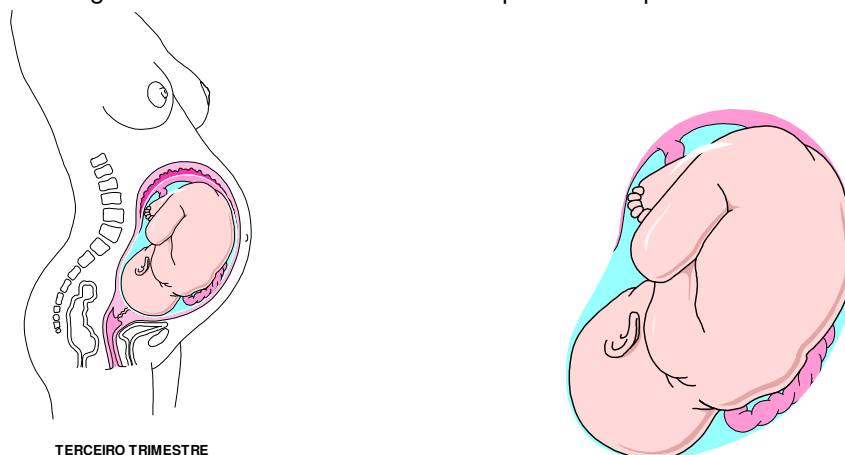
As consultas de cuidados à saúde aumentam de frequência passando de 1 vez/mês para 1 vez/2 semanas e depois, 1 vez/semana com a aproximação da data provável do parto.

Com o avanço para o 3º trimestre, a cliente vivenciará desconfortos relacionado às mudanças anatômicas e fisiológicas da gravidez.

Estes desconfortos vão incomodar, mas não ameaçar a vida da gestante e do bebê. A enfermeira pode oferecer antecipadamente orientações que ajudem a mulher a enfrentar esses desconfortos.

É nessa época que se acentua o chamado "andar de pato" da grávida, resultado da postura que precisa manter por causa do peso da barriga.

O bebê começa a acumular gordura e a mamãe se sente mais pesada do que nunca.



ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DURANTE A GRAVIDEZ

A gravidez causa muitas alterações em todo o corpo e a maioria delas desaparece após o parto.

Coração e Circulação

Durante a gravidez, o débito cardíaco (volume de sangue bombeado pelo coração a cada minuto) aumenta 30 a 50%. À medida que o débito cardíaco aumenta, a frequência cardíaca de repouso passa dos 70 batimentos por minuto normais para 80 ou 90 batimentos por minuto.

Após o parto, ele diminui rapidamente no início (para aproximadamente 15 a 25% acima do nível anterior à gravidez) e, em seguida, mais lentamente, até retornar ao normal aproximadamente 6 semanas após o parto. O aumento do débito cardíaco durante a gravidez é provavelmente decorrente de alterações do suprimento sanguíneo ao útero. A pressão arterial geralmente diminui durante o segundo trimestre, mas pode retornar ao normal no terceiro trimestre.

Rins

Como o coração, os rins trabalham muito durante a gravidez. Eles filtram um maior volume de sangue (aproximadamente 30 a 50% a mais), atingindo o máximo entre a 16ª e a 24ª semana e na semana imediatamente anterior ao parto, quando a pressão do útero aumentado de volume pode diminuir discretamente o seu suprimento sanguíneo. A atividade renal normalmente aumenta quando uma pessoa se deita e diminui quando ela fica em pé. Esta diferença aumenta durante a gravidez, uma das razões pela qual a mulher grávida sente necessidade de urinar freqüentemente ao tentar dormir. No final da gravidez, o aumento da atividade renal é ainda maior quando a mulher deita-se de lado ao invés de deitar-se de costas. O decúbito lateral reduz a pressão exercida pelo útero volumoso sobre as veias que transportam o sangue dos membros inferiores e, conseqüentemente, melhora o fluxo sanguíneo, aumentando a atividade renal e o débito cardíaco.

Pulmões

O espaço ocupado pelo útero aumentado de tamanho e o aumento da produção do hormônio progesterona alteram o funcionamento dos pulmões durante a gravidez. A mulher grávida respira mais rápida e profundamente, pois ela necessita de mais oxigênio tanto para si mesma como para o feto. O diâmetro torácico da mulher aumenta discretamente. O revestimento do trato respiratório recebe mais sangue e torna-se um pouco congestionado. Algumas vezes, o nariz e a garganta tornam-se parcialmente obstruídos devido a essa congestão, resultando na obstrução nasal temporária e na obstrução das tubas auditivas (tubos que conectam o ouvido médio à parte posterior do nariz). O tom e a qualidade da voz da mulher podem sofrer uma leve alteração. Praticamente toda mulher grávida apresenta um certo grau de falta de ar ao se exercitar, sobretudo no final da gestação.

Sistema Digestivo

À medida que a gestação progride, a pressão exercida pelo útero mais volumoso sobre o reto e a parte inferior do intestino pode causar constipação. A constipação pode agravar porque as ondas automáticas de contrações musculares do intestino, as quais normalmente impulsionam os alimentos, tornam-se mais lentas pela concentração alta de progesterona durante a gravidez. A acidez e a eructação (arrotos) também são comuns, possivelmente porque o alimento permanece no estômago por mais tempo e porque o esfíncter (um músculo em forma de anel) localizado na extremidade inferior do esôfago tende a relaxar, permitindo que o conteúdo do estômago reflua para o esôfago. As úlceras gástricas são incomuns durante a gravidez e as já existentes freqüentemente melhoram, pois a produção de ácido gástrico diminui. O risco de doenças da vesícula biliar

aumenta. Mesmo após muitos anos, as mulheres que engravidaram apresentam mais problemas de vesícula biliar que aquelas que nunca engravidaram.

Pele

O **cloasma** (máscara gravídica) consiste em uma série de manchas pigmentadas irregulares, de cor marrom, que podem ocorrer na pele da frente e das bochechas. A pigmentação também pode aumentar na pele que circunda os mamilos (**aréolas**). Comumente, surge uma linha escura vertical no meio do abdômen (**linha nigra**). Pequenos vasos sanguíneos que lembram aranhas (**angiomas em aranha**) podem surgir na pele, geralmente acima da cintura, assim como podem surgir capilares dilatados e de paredes finas, sobretudo nas pernas.

Hormônios

Mudanças significativas no perfil endócrino ocorrem durante a gestação. Os hormônios passam a ser secretados em grandes quantidades pela placenta durante a gestação.

Glândulas Endócrinas

A maioria das glândulas endócrinas é alterada. A exemplo disso temos a tireóide também afetada, imitando assim os efeitos do hipertireoidismo, causando sintomas como: taquicardia, palpitações, respiração excessiva, instabilidade emocional e aumento da glândula tireóide. Mas em apenas 0,08% das gestantes ocorre realmente o hipertireoidismo. É comum ocorrer aumento dos hormônios adrenais, o que provavelmente pode contribuir para o surgimento de **estrias róseas** de pele. Níveis aumentados de glicocorticóides, estrogênios e progesterona modificam o metabolismo da glicose aumentando assim a necessidade de insulina. A insulinase produzida pela placenta pode afetar as necessidades de insulina provocando em muitos casos a diabetes gestacional.

Alterações no Útero

O peso do útero aumenta cerca de 20 vezes durante a gravidez, de cerca de 60 g, antes da gestação, para cerca de 1000 g, ao termo, e aumenta de tamanho de cinco a seis vezes. Ao fim da gravidez o útero tem de 30 a 35 cm de comprimento, de 20 a 25 cm de largura e cerca de 22 cm de profundidade. Sua capacidade terá aumentado de 700 a 1000 vezes, de aproximadamente 4 ml para de 4000 a 5000 ml. Durante a gravidez o suprimento sanguíneo uterino aumenta de 20 a 40 vezes. As artérias uterinas, que são a principal fonte do suprimento uterino, são ramos das ilíacas internas; passam para dentro e ao longo dos ligamentos largos e penetram no útero aproximadamente ao nível do orifício interno do colo. Sobem então por cada lado do útero e formam uma rede de arteríolas espirais que fornecem um amplo suprimento de sangue. As alterações dos vasos sanguíneos reverterem rapidamente após o parto. Uma semana após, os vasos já retornaram ao seu tamanho primitivo.

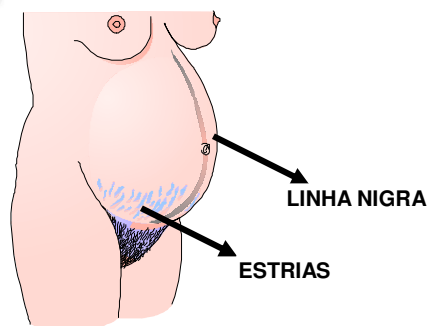
Alterações nas Mamas

As mamas aumentam de tamanho e firmeza, e ficam nodulares. Frequentemente aparecem estriações na pele. O aumento é perceptível algumas semanas após a concepção e continua por toda a gestação. Há também um aumento considerável na vascularização das mamas no início da gravidez, e as veias superficiais ficam mais proeminentes. Essas alterações são frequentemente acompanhadas por uma sensação de dor, formigamento e peso nas mamas, no início da gestação, e são considerados sinais presuntivos de gravidez. Os mamilos ficam mais móveis, e será mais fácil para o bebê apreendê-los para mamar. As glândulas de Montgomery ficam maiores. Há uma grande variação individual no aumento do tamanho das mamas, mas o aumento médio é de cerca de 700 g para cada mama. No fim do segundo trimestre, uma pequena quantidade de líquido fino e amarelado, chamado colostro é secretado.

Alterações no Abdome

O abdome modifica de contorno à medida que o útero em crescimento estende-se para dentro da cavidade abdominal, ocupando-a cada vez mais, até que o feto contido pelo útero fica completamente dentro dela. Os músculos abdominais sustentam grande parte do peso do feto.

Durante a última parte da gravidez, estrias ondulares, irregulares e discretamente deprimidas se desenvolvem frequentemente na pele do abdome.



DESENVOLVIMENTO FETAL

Até o 2º mês de vida intra-uterina, o novo ser recebe o nome de embrião. A partir do 3º mês se chama feto.

O feto imerso numa bolsa d'água e está ligado à placenta pelo cordão umbilical.

Primeiras 4 semanas - apresenta-se como um tubo, com uma cabeça e uma cauda. Inicia-se a inervação, circulação e brotação dos membros. Tem um tubo digestivo individualizado.

2º mês - início da diferenciação dos genitais masculinos e femininos, aparecimento dos rins definitivos, mãos e dedos e as 4 cavidades cardíacas.

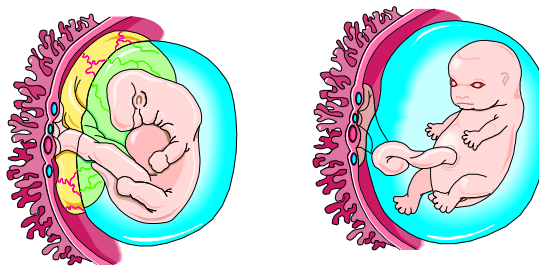
3º mês - cabeça desproporcionalmente grande; pele rósea, delicada.

4º mês - aparecimento do couro cabeludo, relação braço - perna proporcional, início dos movimentos.

6º mês - o feto está completo e pesa em média 1000 gramas e mede 30 cm.

7º mês - há predomínio do cérebro, aparecimento das unhas e o seu peso aumenta em proporção maior que o comprimento.

8º e 9º mês - ocorre a maturação do feto e o aumento do peso, aperfeiçoamento dos órgãos e traços, preparando-se para o nascimento.



GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

É a gestação que ocorre quando existe qualquer doença materna ou condição sócio-biológica que pode prejudicar a sua boa evolução. Na gestação de alto risco existe risco maior para a saúde da mãe e/ou do feto.

INDICAÇÃO DE ALTO RISCO

Fatores individuais e sócio econômicos

- Idade materna menor do que 17 anos ou maior do que 35 anos
- Altura materna menor do que 1,45 m
- Exposição a agentes físico-químicos nocivos e estresse
- Má aceitação da gestação
- Situação conjugal insegura
- Baixa escolaridade
- Baixa renda
- Peso materno inadequado
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas

História ginecológica e obstétrica anterior

- Gestação ectópica
- Abortamento habitual
- Infertilidade
- Anormalidades uterinas
- Feto morto ou morte neonatal não explicada
- Trabalho de parto prematuro
- Recém-nascido de baixo peso
- Neoplasia ginecológica
- Cirurgia uterina anterior
- Hemorragia ou pressão alta em gestação anterior

Doenças maternas prévias ou concomitantes

- Cardiopatia
- Pneumopatia crônica
- Doenças da tireóide
- Retardo mental
- Doenças sexualmente transmissíveis
- Tumores
- Doenças psiquiátricas
- Epilepsia
- Doenças hematológicas
- Infecções

Doenças da gestação atual

- Crescimento uterino maior ou menor do que o esperado
- Gestação gemelar ou múltipla
- Não realização de pré-natal ou pré-natal insuficiente
- Hipertensão associada a gestação
- Diabetes associada a gestação
- Ruptura prematura de membranas (ruptura da bolsa antes de 37 semanas)
- Isoimunização (doença do rh)
- Ganho de peso excessivo

CUIDADOS DURANTE O PRÉ-NATAL

Avaliação do peso e estado nutricional da gestante

Caso a gestante conheça seu peso pré-gravídico, o aumento de peso poderá ser controlado tomando como referência os valores do gráfico de curva de peso/idade gestacional do cartão da gestante.

Conhecendo a semana de gestação diminui-se do peso atual da gestante, o peso pré-gravídico, obtendo-se o aumento de peso para essa IG.

O valor será registrado no gráfico mencionado acima. O limite normal máximo é 90% e o mínimo 25%.

Quando o valor do aumento de peso for maior que 90% ou se estiver abaixo de 25%, considera-se casos anormais, devendo a gestante ser encaminhada para consulta médica, devido à possibilidade de caracterizar alto risco.

Se a gestante não souber seu peso pré-gravídico, pode-se controlar o aumento de peso por semana, aceitando como normal um aumento médio de 400 g por semana no segundo trimestre e de 300 g no terceiro.

Procedimento para pesagem

- Balança de adulto, tipo plataforma, cuja escala tenha intervalos de até 100 gramas;
- Antes de cada pesagem, a balança deve ser destravada, zerada e tarada.
- A gestante, descalça e vestida apenas com o avental, deve subir na plataforma e ficar em pé, de frente para o medidor, com os braços estendidos ao longo do corpo e sem qualquer outro apoio.
- Mover o marcador maior (kg) do zero da escala até o ponto em que o braço da balança incline-se para baixo; voltar, então, para o nível imediatamente anterior (o braço da balança inclina-se para cima).
- Em seguida, mover o marcador menor (g) do zero da escala até o ponto em que haja o equilíbrio entre o peso da escala e o peso real da gestante (o braço da balança fica em linha reta e o cursor aponta para o ponto médio da escala).
- Ler o peso em quilogramas na escala maior e em gramas na escala menor, com aproximação de até 100 gramas.
- Anotar o peso encontrado no prontuário, para efetuar o cálculo do ganho de peso e anotar no gráfico do cartão da gestante e da ficha perinatal.

Procedimentos para medida da estatura

Balança; a mesma utilizada para pesagem.

- A gestante deve estar em pé e descalça, no centro da plataforma, com os braços estendidos ao longo do corpo.
- Os calcanhares, nádegas e espáduas devem tocar a haste vertical da balança.
- A cabeça deve estar erguida de maneira que a borda inferior da órbita fique no mesmo plano horizontal que o meato do ouvido externo.
- Encarregado de proceder à medida deverá baixar lentamente a haste vertical até que essa pressione suavemente os cabelos da gestante (estes, quando extremamente espessos, devem ser considerados).
- Fazer então a leitura na escala da haste de medir, com aproximação de até 0,5 cm.
- Em seguida, anotar o resultado no prontuário.

Medida da pressão ou tensão arterial

- Certificar-se de que o aparelho de pressão (esfigmomanômetro) está calibrado.
- Com a gestante sentada, apoiar-lhe o antebraço numa superfície, com a palma da mão voltada para cima, à altura do coração, desnudando-lhe o braço
- Colocar o manguito ao redor do braço da gestante, ajustando-o acima da dobra do cotovelo.
- Palpar a artéria na dobra do cotovelo e sobre ela colocar o diafragma do estetoscópio, com leve pressão local. Nunca prendê-lo sob o manguito.
- Colocar as olivas do estetoscópio nos ouvidos.
- Inflar o manguito rapidamente, até mais 30mmHg após o desaparecimento dos ruídos.
- Desinflar lentamente o manguito.
- Leitura: ponto do manômetro que corresponder ao aparecimento do primeiro ruído será a pressão sistólica (máxima);
- A pressão diastólica (mínima) será lida no momento em que os ruídos desaparecerem completamente. Nos casos em que o desaparecimento completo dos ruídos não ocorrer, proceder à leitura da pressão diastólica no ponto onde sofram marcado abafamento.
- Anotar o resultado na ficha e no cartão.

Detecção de edema nos membros inferiores

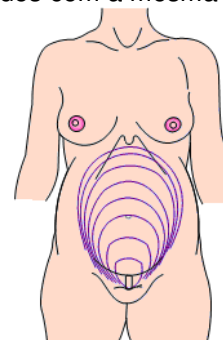
- Posicionar a gestante de decúbito dorsal ou sentada, sem meias;
- Pressionar a pele na altura do tornozelo (região perimaleolar) e na perna, ao nível do seu terço médio, face anterior (região pré-tibial, ver figuras 3 e 4).

Medida da altura uterina

- Posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdome descoberto.
- Delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino.
- Fixar a extremidade inicial (0 cm) da fita métrica na borda superior da sínfise púbica, passando a mesma entre os dedos indicador e médio. Proceder à leitura quando a borda cubital a mão atingir o fundo uterino.

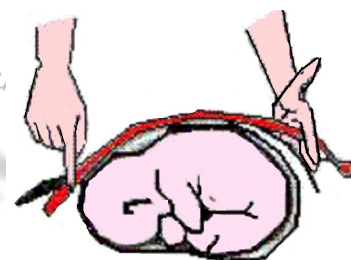
- Anotar a medida, em centímetros, na ficha e no cartão e marcar o ponto na curva da altura uterina. Quando os dados da amenorréia são confiáveis e se descarta a possibilidade de feto morto e oligoâmnio, a medida da altura uterina permite diagnosticar o crescimento intrauterino retardado com uma sensibilidade de 56% e uma especificidade de 91%.
- A sensibilidade da altura uterina para o diagnóstico de macrosomia fetal é de 92% e sua especificidade 72% uma vez que tenham sido excluídos a gravidez gemelar, os polidrâmnios e a miomatose uterina.
- A medida é feita em centímetros usando uma fita métrica flexível e não extensível, do púbis ao fundo do útero determinado por palpação, estando a mãe em decúbito dorsal.
- Existem diferentes métodos de medida que oferecem valores diferentes, por isso é imprescindível normalizar a forma de medir e utilizar padrões normais de referência que tenham sido elaborados com a mesma técnica.

TABELA DE PILLA		
Mês de Gestação		Altura do Fundo de Útero (cm)
4º		5 - 6
5º		14 - 16
6º		20 - 22
7º		27 - 28
8º		30 - 31
9º	1ª quinzena	33 - 37
	2ª quinzena	30 - 31



Procedimento

- Posicionar a gestante em decúbito dorsal, com abdome descoberto;
- Delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino;
- Fixar a extremidade inicial (0 cm) da fita métrica na borda superior da sínfise púbica passando a mesma entre os dedos indicador e médio.
- Proceder à leitura quando a borda cubital da mão atingir a região do fundo uterino;
- Anotar a medida na curva de altura uterina/idade gestacional contida no cartão da gestante e demais impressos, se existirem.



Ausculata dos batimentos cardíofetais (BCFs) com estetoscópio de Pinard

- Posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdome descoberto.
- Identificar o dorso fetal. Além de realizar a palpação deve-se perguntar à gestante em qual lado ela mais sente os movimentos fetais; o dorso estará no lado oposto.
- Segurar o estetoscópio de Pinard pelo tubo, encostando a extremidade de abertura mais ampla no local previamente identificado como correspondente ao dorso fetal.
- Encostar o pavilhão da orelha na outra extremidade do estetoscópio.
- Fazer, com a cabeça, uma leve pressão sobre o estetoscópio e só então retirar a mão que segura o tubo.
- Procurar o ponto de melhor ausculta dos BCFs, na região do dorso fetal.
- Controlar o pulso da gestante, para certificar-se que os batimentos ouvidos são os fetais, já que as frequências são diferentes.
- Contar os batimentos cardíofetais por 1 minuto, observando sua frequência e ritmo.
- Registrar os BCFs na ficha perinatal e no cartão da gestante. É considerada normal a frequência cardíaca fetal entre 120 a 160 batimentos por minuto.

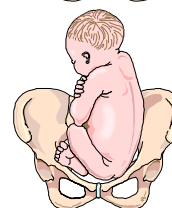
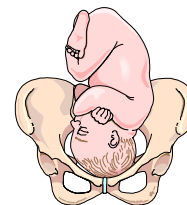


Identificação da Situação e Apresentação fetal

A identificação da situação e da apresentação fetal é feita através da palpação obstétrica, procurando identificar os pólos cefálico e pélvico e o dorso fetal.

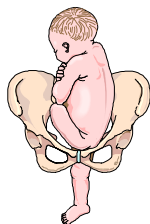
O feto pode estar em várias situações ou apresentações. As mais comuns são: longitudinal e transversa (situações) e cefálica e pélvica (apresentações). A apresentação e a posição do feto afetam a maneira como ele passará pela vagina.

Apresentação cefálica - é a mais freqüente e a melhor para um parto seguro. Durante a última semana ou quinzena que antecede o parto, a maioria dos fetos vira de cabeça para baixo, de modo que esta seja apresentada primeiro. Quando a apresentação do feto é cefálica e ele está voltado para trás (em direção às costas da mãe) e não para frente, o trabalho de parto geralmente é mais fácil.



Apresentação pélvica - torna o parto consideravelmente mais difícil para a mãe, para o feto e para o médico. Ao retardar o surgimento da cabeça do feto, a apresentação pélvica aumenta a probabilidade de sofrimento fetal. Como a cabeça é maior que as nádegas, o encaixe e a passagem da cabeça através da via de passagem criada pelas nádegas no canal do parto são mais difíceis que o inverso, aumentando a probabilidade de aprisionamento da cabeça.

Apresentação córmica - também dificulta a passagem do feto desde o útero.



Manobra de palpação

Tem a finalidade de identificar a apresentação e a situação fetal, ou seja, o pólo cefálico (corpo volumoso de superfície regular, resistente e irreductível), o pólo pélvico (é um corpo mais volumoso, superfície irregular, resistente, mas reductível) e o dorso (superfície resistente, contínua, plana no sentido longitudinal). São chamadas de Manobras de Leopoldo.

Técnica

Posicionar a gestante em decúbito dorsal:

1º tempo: explorar o fundo uterino com ambas as mãos espalmadas, procurando identificar o pólo fetal;

2º tempo: investigar o lado materno em que se encontra o dorso fetal, também, com as mãos espalmadas ao longo da abdômen da mulher;

3º tempo: procurar apreender com uma das mãos o pólo que se encontra na escava e verificar sua mobilidade;

4º tempo: o profissional deve estar de costas para a mulher, investigando a escava para identificar o pólo, com as mãos espalmadas. Geralmente, o feto está em situação longitudinal (o maior eixo fetal coincide com o eixo longitudinal do útero).



ORIENTAÇÕES

Peso e alimentação

Tanto o ganho muito rápido ou excessivo de peso, como ganhar pouco peso, são prejudiciais e podem constituir sinais de perigo iminente. Engordar demais não é sinal de saúde, ao passo que querer manter-se magra a qualquer custo pode deixar a mulher debilitada, com possíveis danos para o bebê.

Uma alimentação sadia e nutritiva não significa *comer por dois*, mas sim comer uma grande variedade de alimentos, evitando o excesso de gorduras, fritura, massas, doces, enlatados, pimenta e refrigerantes, por exemplo.

A dieta deve ser rica em vitaminas e sais minerais encontrados nas frutas e verduras. Na gravidez, aumentam as necessidades de ferro, proteínas e cálcio. A partir do segundo trimestre gestacional, pode ser necessária uma complementação de ferro e vitaminas, haja vista que a falta de ferro pode provocar o surgimento de anemia ferropriva. Ingerir comidas preparadas em panelas de ferro pode ajudar a suprir as necessidades desse elemento. O leite e seus derivados, por sua vez oferecem o cálcio necessário. As proteínas são encontradas na carne e nos cereais.

Na gestação, pode ocorrer prisão de ventre. A ingestão diária de alimentos ricos em fibras, um litro a um litro e meio de água e sucos de frutas – como laranja, mamão, abacaxi – podem ajudar a evitar esse incômodo.

Pressão Arterial

Em nosso país, um dos problemas mais comumente apresentados pelas gestantes que procuram os serviços de emergência dos hospitais são as complicações da pré-eclâmpsia (também conhecida como toxemia) e eclâmpsia, uma doença que só acontece na gravidez. Seu sinal mais evidente é o inchaço anormal de pés, face e mãos, acompanhado de pressão alta, que pode se complicar com fortes dores de cabeça, visão embaçada e

até mesmo convulsão e morte. A pressão necessita ser controlada a cada consulta. O ideal é que não seja medida logo após o momento da chegada da gestante ao serviço de atendimento, mas sim um pouco mais tarde, quando ela estiver relaxada. Caso a pressão esteja alta, a mulher deve ser orientada e encaminhada para exame de urina e tratada, se necessário. Na maioria das vezes, uma boa dieta, repouso adequado e acompanhamento freqüente são suficientes.

Higiene corporal e oral

Devem ser incentivadas, pois existe o risco de infecção urinária, gengivite e dermatite. Se a gestante apresentar reações a odores de pasta de dente, sabonete ou desodorante, entre outros, deve ser orientada a utilizar produtos neutros ou mesmo água e bucha, conforme permitam suas condições financeiras.

Cuidados Preventivos

É sempre necessário enfatizar que o cigarro, o álcool e medicamentos – assim como outras drogas – precisam ser evitados na gestação, porque causam danos à saúde tanto da mãe com de seu filho.

O tétano neonatal é uma doença infecciosa grave e muito perigosa para as mulheres em estado gestacional. Para preveni-lo, toda gestante deve receber a vacina anti-tetânica da seguinte forma: uma dose de reforço, caso tenha sido vacinada corretamente há menos de dez anos; ou três doses, em caso contrário. Essa vacina evita o tétano na mãe e no bebê (mal de sete dias).

Algumas vacinas, como a da rubéola e do sarampo, são prejudiciais para o feto e não devem ser administradas às gestantes.

As radiografias também devem ser evitadas durante a gestação. No caso de sua absoluta necessidade, deve ser sempre utilizada uma proteção de chumbo para a barriga. Esse cuidado é necessário até nos casos em que a gestante acompanhe alguém para a realização de raios X, mesmo no consultório do dentista.

PREPARO PARA A AMAMENTAÇÃO

O exame das mamas deverá ser feito no início e no final da gestação. Já no primeiro exame, será verificado o desenvolvimento das mamas e sua preparação para a amamentação. Após o parto, os seios produzem uma agüinha chamada colostro, que o bebê irá sugar assim que nascer e é muito rica em nutrientes e anticorpos vitais para a criança. O leite materno é absolutamente fundamental para o bebê. O fato de querer amamentar, que é a decisão mais importante, não garante o sucesso da amamentação. Durante o pré-natal, além do exame das mamas, que indicará se tudo está correndo bem, a gestante deve procurar instruir-se sobre a melhor maneira de amamentar. Para isso, basta observar as mães amamentando e conversar com elas. Preparar a pele dos mamilos e do seio com massagens é também uma medida importante e que previne rachaduras no bico dos seios, comuns nos primeiros dias de amamentação.

Cuidados com as mamas e mamilos

É muito importante o uso de um porta-seios bem ajustado. Além disso, se a gestante está planejando amamentar, aconselha-se alguma preparação especial dos seios e mamilos.

Tem sido dispensada grande importância ao endurecimento dos mamilos para prepará-los para a ação escoriadora e distensiva da sucção durante a amamentação ao seio. Alguns autores recomendam que se evite o uso de sabão nos mamilos durante a gravidez e a lactação. Acredita-se que dessa forma se evita o ressecamento e a formação de fissuras, estimulando o mecanismo de proteção natural do organismo. Normalmente as células mortas formam uma cobertura protetora para os mamilos enquanto a secreção abundante proveniente das glândulas sebáceas e sudoríparas mantém a pele flexível e num estado normal de acidez. A lavagem freqüente com o sabão tende a remover todas essas substâncias. O roçar da vestimenta da gestante é com freqüência um método eficaz para massagear os mamilos. A mulher pode não utilizar porta-seios durante algumas horas do dia, ou, se utiliza um modelo destinado a nutrizas, pode abaixar o protetor do bico, permitindo assim que este entre em contato com o vestuário durante algumas horas. A fricção para secagem com uma toalha grossa constitui ainda outra maneira de gradualmente endurecer os mamilos.

Os mamilos podem ser de quatro tipos:

Protuso ou Normal: Quando estimulado fica saliente e bem posicionado; 92% das mulheres têm esse mamilo, bastando a região areolar estar flexível para que o mamilo acomode-se perfeitamente à boca do bebê

Semiprotuso ou subdesenvolvido: Apresenta-se pouco saliente como se estivesse incorporado à região areolar; 7% das mulheres o possuem. Este é um mamilo sujeito a traumas, porém permite a amamentação com sucesso, desde que exercícios de exteriorização, sejam iniciados durante o pré-natal.

Pseudo-Invertido ou malformado: Apresenta-se em sentido oposto ao mamilo normal; 0,5% das mulheres o possuem e dificilmente conseguem amamentar, pois a criança, recusa esse tipo de bico por não ter condições de ser abocanhados.

Invertido ou umbilicado: Também considerado malformado, nunca fica saliente e exige exercícios de exteriorização durante a gestação para aplanar-se durante a sucção do bebê. Cerca de 0,5% das mulheres o possuem.

Para fortalecer e preparar o mamilo

- Não usar sabonetes no bico do seio durante o banho, apenas água limpa.
- Evitar álcool ou qualquer produto que possa provocar ressecamento da pele.
- Não usar óleos, cremes ou pomadas nos mamilos e aréolas porque essas substâncias podem facilitar o aparecimento de rachaduras.

- Durante o banho esfregar o bico do peito, sem causar dor, com bucha vegetal macia. Ao enxugar-se, esfregar a toalha várias vezes no mamilo.

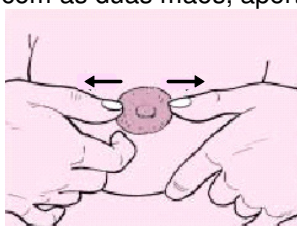
Para os bicos pequenos ou invertidos:

- Com três dedos, puxar o mamilo para fora, gentilmente, rodando-o para o lado direito e esquerdo, puxando suavemente, alongando o bico e orientando seu formato; repetir o movimento 10 vezes ao dia, aumentando esse número até 50 vezes ao dia, cada lado.
- Permita que a mama (principalmente o bico) tome o sol de até 10h e após 16 h, durante 20 minutos; ou utilize lâmpadas de 40 watts, numa distância de 1 palmo, 10 min. em cada lado, uma vez ao dia.



Bicos curtos ou mamilos invertidos

- Cortar uma rodela no sutiã correspondente ao bico do seio, para deixá-lo exposto, roçando a roupa, isso permite que o mamilo ressalte além de fortalecê-lo.
- Para deixar o bico mais longo colocar um dedal no bico do seio, dentro do sutiã.
- “Ordenhar a mama” (da base para o bico, com as duas mãos, apertando-a com o polegar e o indicador).



Esses exercícios podem ser iniciados 2-3 meses antes do nascimento da sua criança - Isso vai facilitar a descida do leite.

DÊSCONFORTOS DA GRAVIDEZ E ORIENTAÇÕES

Prisão de ventre

É comum na gestação e após o parto. O maior problema é que sempre que as fezes estiverem endurecidas as hemorroidas podem sangrar ou doer.

- Dieta equilibrada, rica em fibras (frutas, vegetais, farinhas integrais)
- Ingerir muito líquido.
- Evitar laxantes.
- Fazer meia hora de caminhada pela manhã.

Azia / Pirose

É comum a partir do segundo trimestre da gestação. Geralmente melhora com dieta fracionada, diminuindo as frituras, café, chá, pimenta, chimarrão, álcool e fumo.

- Evitar refeições fartas, gordurosas e muito condimentadas
- Usar travesseiros altos para dormir;
- Não deitar após as refeições.

Cansaço

Sonolência durante o dia é natural, mas procure descansar apenas o tempo suficiente para se recuperar. Mantenha suas atividades.

Náuseas e vômitos

São comuns no início da gestação. São causados principalmente pelo hormônio gonadotrofina e desencadeados por fatores como cheiros de comida, perfume ou cigarro. Também podem resultar de ansiedade ou medo e evoluir para a chamada hiperemese gravídica, caso em que é necessário acompanhamento médico. Para prevenir ou amenizar os sintomas pela manhã, só se levante depois de comer uma torrada ou biscoito. Afaste-se de aromas que provocam náuseas, faça refeições pequenas e mais freqüentes ao longo do dia, evite pratos gordurosos, não tome líquido junto com a comida e não durma de estômago cheio.

- Fracionar a dieta (comer mais vezes e menos a cada vez),
- Evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiro forte ou desagradável;
- Evitar líquidos durante as refeições e ingeri-los de preferência nos intervalos.
- Comer bolachas secas antes de se levantar ou tomar um copo de água gelada com algumas gotas de limão, ou ainda chupar laranja, ameniza os enjôos.
- Nos casos de vômitos freqüentes, agendar consulta médica ou de enfermagem para avaliar a necessidade de usar medicamentos;

Ptialismo / Sialorréia

Muito comum no início da gestação, desaparece espontaneamente.

- Deglutir a saliva, pois possui enzimas que auxiliarão na digestão dos alimentos;
- Orientar que a dieta deve ser semelhante à indicada para náuseas e vômitos
- Tomar líquidos (água, sucos) em abundância (especialmente em épocas de calor)

Tonturas

Ocorrem porque a pressão sanguínea fica mais baixa durante a gravidez, após mudanças bruscas de posição, quando a gestante ficar sem se alimentar e também por anemia.

- Sentar e colocar a cabeça entre os joelhos até melhorar.
- Geralmente deitar de lado (esquerdo preferencialmente) respirando calma e profundamente melhora a sensação de fraqueza e desmaio.
- Verificar a ingesta e frequência alimentar;
- Orientar quanto à dieta fracionada e o uso de chá ou café com açúcar como estimulante, desde que não estejam contra-indicados;
- Evitar ambientes mal ventilados, mudanças bruscas de posição e inatividade.

Corrimento vaginal

O aumento do fluxo vaginal (leucorréia, corrimento) é comum em gestantes. O fluxo vaginal normal não causa coceira, mau cheiro, ardência ou dor nas relações. A tricomoníase (uma infecção causada por um protozoário) e a candidíase (uma infecção fúngica) são infecções vaginais comuns durante a gravidez e podem ser facilmente tratadas. A vaginose bacteriana (uma infecção bacteriana) pode causar o trabalho de parto prematuro (pré-termo) e deve ser tratada imediatamente.

Dispnéia

O aumento do útero e o aumento da frequência respiratória da gestante podem ocasionar esses sintomas.

- Ficar em repouso, deitada de lado
- Se houver outros sintomas associados (tosse, febre, inchaço) pode haver doença cardíaca ou respiratória associada.

Malícia

O gosto por alimentos, condimentos e substâncias estranhas aparece no início da gravidez e não constitui um problema.

- Evitar a exclusividade e abuso da substância escolhida.

Polaciúria

O útero cresce e faz pressão sobre a bexiga, que mesmo só um pouquinho cheia já força a ida ao banheiro.

- Não resistir, pois urina concentrada aumenta o risco de infecção.
- Se estiver urinando muito à noite, beber menos água antes de dormir.
- Observar ardência para urinar, dor, sangue na urina ou febre.
- Reforçar a importância da higiene íntima.

Dor nas mamas

As mamas aumentam de volume durante a gestação o que frequentemente causa dor. O exame das mamas geralmente descarta problemas mamários mais graves.

- Usar um sutiã com boa sustentação.

Dor lombar e articular

Durante a gestação as articulações ficam com maior mobilidade e isto frequentemente ocasiona dores nas costas e em articulações como o joelho e o tornozelo. As gestantes geralmente têm uma postura que provoca dores nas costas (aumento da lordose lombar - colocar a barriga para frente e o quadril para trás). O aumento excessivo de peso também aumenta a incidência de dores osteoarticulares.

- Evitar aumento excessivo de peso
- Fazer exercícios regularmente
- Manter uma postura adequada
- Evitar uso de saltos altos e desconfortáveis

Cefaléia

Dores de cabeça mais frequentemente estão associadas a tensões, conflitos e temores, entretanto podem estar associadas a doenças mais sérias. Sempre deve ser afastada a presença de pressão alta.

Sangramento nas gengivas

Durante a gestação é mais comum o sangramento de mucosas (nasal, gengival), pois, além de uma maior vascularização nas mucosas, seus pequenos vasos sanguíneos ficam mais frágeis. A causa mais frequente de sangramento gengival é a inflamação crônica da gengiva.

- Escovar os dentes com escova macia,
- Massagear a gengiva
- Passar fio dental,
- Ir ao dentista.

Edema na pernas e mãos

Principalmente no final da gestação ocorre inchaço de membros inferiores. Quando não estiver associado à perda de proteínas na urina e à pressão alta geralmente reflete o acúmulo de líquido característico da gestação.

- Evitar ficar em pé (paradas) ou sentadas durante muito tempo.
- Fazer caminhadas;
- Repouso preferencialmente sobre o lado esquerdo

- Elevar as pernas acima do nível do coração.
- Retirar anéis dos dedos da mão.

Cãibras

Podem ocorrer durante a gestação, geralmente após excesso de exercício.

- Massagear o músculo;
- Aplicar calor no local.

Cloasma gravídico

Manchas escuras na pele podem ocorrer durante a gestação. Essas costumam diminuir em até 6 meses após o parto, entretanto em algumas mulheres persistem.

- Evitar a exposição ao sol.

Estrias

Essas estrias são chamadas de estrias gravídicas. As recentes são de coloração rosa pálido ou azuladas. Após o parto adquirem o aspecto prateado brilhante de tecido cicatricial. As estrias surgem nas áreas de distensão máxima: o abdome, as mamas e as coxas. A gordura subcutânea aumenta na gravidez, e distende a pele acima dela. Um considerável aumento de peso na gestação, a obesidade desde o início da gravidez, uma distensão incomum da pele abdominal e a retenção hídrica e o edema generalizado, todos esses fatores têm probabilidade de aumentar a distensão da pele. Algumas mulheres são muito mais susceptíveis do que outras à separação do tecido conjuntivo da pele; é por isso que têm muitas estrias, ao passo que outras, com distensão igual, têm poucas ou nenhuma.

- Massagem com substâncias oleosas nos tecidos mais propensos (abdômen, mamas e coxas).
- Sobre o mamilo não devem ser aplicados cremes.
- Não engordar muito é importante.

INTERCORRÊNCIAS E COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ

A - DOENÇA HIPERTENSIVA DO ESTADO GESTACIONAL (DHEG)

Consiste no aumento de 30 mmHg na pressão sistólica e 15 mmHg na diastólica, quando se conhecem os níveis pressóricos anteriores à 20ª semana de gravidez, ou pressão arterial maior ou igual a 140x90 mmHg desaparecendo até 6 semanas após o parto.

É identificada pela tríade hipertensão arterial, proteinúria e edema, principalmente de mão e face, de aparecimento súbito; sendo denominada de pré-eclâmpsia.

A ocorrência da crise convulsiva e/ou coma, caracteriza a eclâmpsia.

A hipertensão arterial na gravidez tem graves repercussões sobre o feto, sendo necessário, pois, avaliar a sua vitalidade através da contagem dos seus movimentos.

Deve-se orientar a gestante, a partir da 28ª semana, a contar os movimentos fetais durante uma hora, uma vez ao dia, associando com o almoço ou o jantar.

Considera-se normal, acima de 12 movimentos fetais/hora; e são sinais de alarme (que requer encaminhamento), valores menores que 12 movimentos fetais/hora em duas tomadas sucessivas ou redução em 50% dos movimentos fetais em relação à medida anterior.

A pré-eclâmpsia pode ser grave se houver algum dos achados abaixo:

- Pressão arterial diastólica igual ou maior que 110mmhg
- Presença de mais 2,0 g de proteínas na urina de 24 horas
- Diurese (volume de urina) inferior a 500 ml/dia ou 15 ml/hora;
- Níveis séricos de creatinina maiores que 1,2 mg/dl
- Dor de cabeça importante, vômitos e visualização de escotomas (estrelinhas)
- Sinais de falência cardíaca (falta de ar, cansaço, aumento do número de batimentos cardíacos)
- Dor abdominal, principalmente sobre a região do fígado.
- Diminuição do número de plaquetas no sangue e distúrbio dos fatores responsáveis pela coagulação
- Aumento de enzimas hepáticas
- Presença de líquido amniótico em quantidade diminuída e feto pequeno para a idade gestacional (menor do que o esperado).

A hipertensão arterial consta como uma das principais causas de obituário materno e pode provocar lesões neurológicas, renais, pulmonares, cardíacas e hepáticas, assim como causar óbito fetal intra-útero, prematuridade e baixo peso ao nascimento.

O quadro clínico da Doença Hipertensiva Específica da Gestação pode apresentar evolução distinta:

1 - Pré-eclâmpsia

- Hipertensão arterial - aumento da pressão arterial diastólica a 90 mmHg ou mais, ou aumento da pressão arterial diastólica acima de 140 mmHg do valor conhecido previamente, confirmado após duas medidas com intervalo de no mínimo 4 horas, com a gestante sentada, em repouso;
- Proteinúria - presença de 300 mg ou mais de proteínas em urina de 24 horas ou Labistix 1(+)/4(+) ou mais em amostra casual),
- Edema - quando existente, pode ser localizado ou generalizado,
- Oligúria - diurese inferior a 400 ml por dia;

2 - Eclampsia

- Agravamento dos sintomas de pré-eclampsia,
- Cefaléia,
- Vertigens,
- Sonolência,
- Crises convulsivas
- Coma;
- Dor no hipocôndrio direito;
- Cianose ou edema pulmonar confirmado;
- Trombocitopenia grave - plaquetas abaixo de 100.000 /mm³;
- Anemia hemolítica microangiopática - hemólise;
- Icterícia e/ou elevação das enzimas hepáticas;
- Crescimento intra-uterino retardado.

Geralmente, entre outros, os distúrbios hipertensivos na gravidez são graves, e acarretam um aumento na incidência de parto cesárea, potencializando as complicações. Pacientes com gravidez em curso devem ficar em decúbito dorsal, com a cabeceira do leito em Semi-Fowler. Em casos graves, repouso em decúbito lateral esquerdo, o maior tempo possível, ou decúbito elevado a 45°, se a paciente estiver consciente e orientada. A gestante acima de vinte semanas pode ter 20% a 30% de redução do débito cardíaco em posição supina, por este motivo é necessário observar o posicionamento. Deve ser feito o controle rigoroso da frequência respiratória em pacientes sem assistência ventilatória, e a oxigenação com ventilação mecânica e sedação, bem como podem ser necessários monitorização cardíaca e controle de níveis pressóricos (inclusive com métodos invasivos, em casos mais graves). Outros procedimentos que podem ser necessários: Controle diário de proteinúria com fitas especiais, sondagem vesical de demora com controle rigoroso de diurese e balanço hídrico, avaliação constante da função renal e exames de sangue. A monitorização fetal deve ser realizada após a estabilização da paciente. A enfermagem deve manter-se atenta aos sintomas: dor epigástrica ou em hipocôndrio direito, náuseas e/ou vômitos e, na prevenção de crises convulsivas dentre outros procedimentos da conduta clínica na eclampsia. Já, na pré-eclâmpsia leve, a conduta consiste em tratamento ambulatorial, repouso, dieta normossódica e controle do ganho de peso excessivo. A via de parto depende da indicação obstétrica (não ultrapassando 40 semanas de gestação). Portanto, um importante meio profilático para se reduzir a incidência de Doença Hipertensiva Específica da Gestação é a assistência adequada ao pré-natal.

Fatores Predisponentes

- Primeira gestação;
- Gestações gemelares;
- Mola hidatiforme: geralmente leva a doença hipertensiva específica da gravidez antes da segunda metade da gestação;
- Condições sócio-econômicas precárias;
- Raça negra (4 :1);
- Hipertensão arterial prévia;
- Idade materna precoce (antes dos 16 anos) ou avançada (acima de 40 anos);
- Diabetes Mellitus;
- Histórico familiar.

Tratamento

- Internação : a paciente deve ser internada caso apresente pressão arterial diastólica maior que 100 mmHg ou proteinúria)
- Dieta geral (se possível hipoprotéica) e repouso em decúbito lateral esquerdo
- Sedação com benzodiazepínicos 10 mg VO à noite no sentido de evitar alterações emocionais que possam levar a alterações dos níveis pressóricos
- Controle rigoroso de peso e diurese (aumento significativo de peso da paciente em paciente internada pode representar aumento da gravidade do quadro)
- Controle da vitalidade/maturidade fetal
- Tratamento anti-hipertensivo.

Cuidados de Enfermagem na Pré-Eclâmpsia

- Dieta hipossódica;
- Repouso no leito – até estabilizar a PA;
- Medicamentos: diuréticos, sedativos, diazepínicos e hipotensores, observar seus efeitos colaterais;
- Se necessário será feita a internação;
- Controle de sinais vitais, diurese, peso, edema;
- Controle da frequência cardíaca fetal;
- Banho de leito;
- Orientar e apoiar psicologicamente a paciente se necessária à cesárea.

Cuidados de Enfermagem na Eclâmpsia

- Quarto arejado, escuro, tranquilo;

- Cama com grades ou contensão da paciente;
- Aspirações de secreções orofaríngeas, se necessário; quase sempre é necessário, paciente tem muita secreção;
- Cateterismo vesical
- BH rigoroso
- Oxigenoterapia, conforme a necessidade;
- Mudança de decúbito, se o coma se prolongar;
- Alimentação por sonda;
- Roupas folgadas;
- Controle de sinais vitais, higienização da paciente;
- Elevação da cabeceira da cama;
- Restrição de visitas;
- Seguir rigorosamente a medicação prescrita – manter veia com introcart (agulha calibrosa);
- Se a mulher ainda estiver gestante: controle rigoroso de condições do feto:
- Nunca deixar a parturiente sozinha pois pode entrar em convulsão e aspirar secreções, machucar-se, perder veia;
- O colo na eclâmpsia dilata rápido – pode ocorrer parto sem assistência;
- Durante a convulsão : proteger a língua com cânula de Guedel e articulação;
- Oxigenoterapia : de acordo com o grau de cianose;
- Controle freqüente dos sinais vitais : P.A.

O Parto

- Pré-eclâmpsia leve (acima de 140X90 mmHg) com feto a termo - interrupção da gestação e indução do parto, se possível
- Pré-eclâmpsia leve com feto prematuro - repouso, controle de pressão arterial, avaliação fetal e exames seriados visando identificação da piora do quadro
- Pré-eclâmpsia grave (acima de 160X100mmHg) com feto a termo - equilibrar condições maternas, se necessário e após interromper a gestação
- Pré-eclâmpsia grave com feto prematuro - avaliação materna e do bem-estar fetal seriada, uso de corticosteróides para ajudar o amadurecimento do pulmão fetal e interromper a gestação
- Eclâmpsia com feto a termo ou pré-termo - tratar as convulsões e os distúrbios metabólicos maternos e logo após a gestação deve ser interrompida.

B – HIPEREMESE GRAVÍDICA

É a náusea e o vômito exagerado durante a gestação.

Ocorre durante as primeiras 16 semanas de gestação, sendo sua causa desconhecida, porém pode resultar dos níveis elevados de HCG ou estrogênio.

É acompanhada por distúrbios do apetite de natureza intratável.

O vômito persistente pode resultar em desequilíbrios hidroeletrólíticos, desidratação e icterícia.

Cuidados de Enfermagem

- Estabelecer acesso venoso e administrar líquidos IV conforme prescrição
- Medicação com antieméticos conforme prescrição (IM ou supositório)
- Manter dieta zero até os vômitos cessarem
- Começar pequenas quantidades de alimentação quando o vômito cessar
- Evitar alimentos oleosos, condimentados e que fermentam
- Fornecer líquidos nos intervalos das alimentações
- Orientar para evitar mudanças bruscas de posição
- Orientar para deitar em semi-decúbito ventral

C – DIABETES GESTACIONAL

As alterações das concentrações e dos tipos de hormônios produzidos durante a gravidez podem acarretar a resistência à insulina, aumentando a demanda deste hormônio pelo organismo, o que, para algumas mulheres, resulta no diabetes.

Após a gestação, a doença geralmente desaparece.

O diabetes mal controlado pode colocar em risco tanto o feto como a gestante. Contudo, com um bom controle, os riscos não são maiores que os de mulheres grávidas não diabéticas.

Durante a gravidez, a gestante com diabetes toma injeções de insulina e não medicamentos hipoglicemiantes orais, os quais podem ser tóxicos para o feto.

O diabetes aumenta os riscos de a gestante apresentar infecções, trabalho de parto prematuro e hipertensão arterial causada pela gestação. Quando a pressão arterial é mantida sob controle, a gravidez não agrava a doença renal causada pelo diabetes, sendo raras as complicações renais durante a gestação.

A maioria das mulheres diabéticas pode ter partos vaginais. Contudo, quando os cuidados médicos da gestante diabética foram inadequados ou o controle do diabetes foi inadequado no início da gestação, não é aconselhável esperar por um parto vaginal.

Nestes casos, uma amniocentese pode ser realizada para se avaliar o grau de maturidade pulmonar do feto (que indica se o feto pode sobreviver ao parto) e, desta forma, ele pode ser removido prematuramente através de uma cesariana.

As mulheres que desenvolveram diabetes gestacional são submetidas a exames após o parto para se determinar se o diabetes permanece ou se ele desapareceu.

RN filho de mãe diabética

A gestante diabética é considerada gestante de alto risco devido às complicações fetais, neonatais e de parto que podem surgir. Quanto maior a gravidade do diabetes materno, maior o risco para o bebê.

As complicações do RN de mãe diabética incluem:

- **Hipoglicemia** – Durante a gestação, o feto produz insulina em resposta às altas concentrações de glicose materna. Ao nascimento, mesmo a termo e alimentado, ocorre a hipoglicemia devido a alta concentração de insulina no sangue. A sintomatologia costuma ser inespecífica, pois são comuns a outras patologias também. É principalmente caracterizada por: tremores, abalos e/ou convulsões (nos casos mais graves); apatia, letargia, hipotonia muscular; apnéia, cianose, parada cardio-respiratória (nos casos mais graves sem assistência imediata); irritabilidade e choro anormal (estridente); sonolência (apatia) e recusa alimentar.
- **Hipocalcemia** – Consiste na diminuição da concentração de cálcio no organismo. Os filhos de mães diabéticas por apresentarem um atraso na produção do hormônio paratireoideano (que é responsável pelo aumento do cálcio no sangue) podem desenvolver a hipocalcemia ao nascimento. Alguns casos são assintomáticos. Quando presente, a sintomatologia também é inespecífica e semelhante ao de outras patologias, caracterizando-se por: tremores e abalos; irritabilidade reflexa (reações bruscas e involuntárias a pequenos estímulos); hipertonia e convulsões (nos casos mais graves).
- **Anomalias congênitas** – Estão relacionadas a alterações vasculares maternas e ao tempo e grau de dependência insulínica. As principais anomalias que acometem esses bebês são malformações cardíacas, deformidades do sistema nervoso central (SNC) e osteomusculares.
- **Macrossomia fetal** – grande parte dos filhos de mães diabéticas nascem com peso acima do esperado, sendo classificados como GIg. Esse ganho de peso se inicia na gestação normalmente a partir do 3º mês, devido ao hiperinsulinismo fetal, ou seja, produção excessiva de insulina pelo feto em resposta aos altos índices de glicose na corrente sanguínea da mãe, o que acaba acarretando um aumento da produção e deposição de gordura pelo feto.

Cuidados

Toda gestante deve fazer a dosagem de glicemia plasmática na primeira consulta pré-natal e um teste de sobrecarga de glicose por volta do 6º mês

Gestantes com resultado normal nos dois testes apresentam baixíssima possibilidade de desenvolver diabetes posteriormente na gravidez.

Se um destes testes está anormal, um teste de confirmação deve ser realizado.

A via do parto é uma decisão obstétrica, sempre levando em conta o histórico da paciente, o controle metabólico e a estimativa do peso fetal, lembrando que o parto vaginal com fetos grandes está associado a um risco aumentado de distócia de ombro e de lesão traumática do parto.

No pós-parto, os níveis de glicemia devem ser monitorados. A maior parte das pacientes não requer mais o uso de insulina.

O aleitamento natural deve ser estimulado, mesmo que o bebê apresente maiores dificuldades em estabelecer a amamentação.

Tratamento

Dieta alimentar com baixos teores calóricos.

Desenvolvimento de atividades físicas

Uso de insulina.

Fatores de Risco para Diabetes Mellitus Gestacional

- Idade materna superior a 25 anos
- Baixa estatura
- Presença de hipertensão arterial
- Gordura de localização abdominal
- História pessoal de diabetes
- Presença de parentes de 1º grau com diabetes
- Gestações anteriores com bebês muito grandes ou com malformações
- Retardo de crescimento do feto
- Morte fetal ou neonatal sem causa aparente
- Aumento excessivo de peso na gravidez atual
- Altura uterina maior do que a esperada para a idade da gestação
- Crescimento acentuado do feto
- Presença de grande quantidade de líquido amniótico

D - MOLA HIDATIFORME

É uma degeneração do ovo, que evolui para formas císticas e adquire uma forma de bagos de uva. Esses cistos podem encher todas as cavidades uterinas, invadir a musculatura e transforma-se em um tipo de câncer. Geralmente é eliminada do 4º ao 6º mês. Fatores alimentares e a idade gestacional, sendo que a baixa ou alta idade na gravidez parecem estar relacionados ao aparecimento de gravidez molar.

O diagnóstico da gravidez molar geralmente é feito através da ultra-sonografia, associado a níveis aumentados de gonadotropina coriônica, sendo a tomografia computadorizada um método auxiliar no diagnóstico dessa patologia.

Sintomas

- Aumento exagerado do útero para a idade gestacional;
- Náuseas intensas;
- Sangramento vaginal intermitente ou súbito;
- Ausência de foco fetal;
- Exame de urina positivo para gestação;

Tratamento

- Vácuo-aspiração;
- Curetagem uterina, após eliminação da mola;
- Histerectomia;

Cuidados de Enfermagem

- Apoio psicológico – explicar o que está acontecendo;
- Preparo físico da paciente para a curetagem (tricotomia, jejum, higiene);
- Orientar a paciente quanto a importância do controle médico por 1 ano após curetagem evacuadora
- Orientar a paciente da necessidade de não engravidar por 1 ano, com perigo de formação de nova mola;
- Esclarecer a paciente quanto aos métodos anticoncepcionais;
- Controle de sinais vitais, principalmente após esvaziamento;
- Medicação prescrita, ocitocitos – aplicar rigorosamente.

Cuidados após a expulsão da mola

- Evitar engravidar pelo menos por 1 a 2 anos;
- Exames freqüentes de urina, por pelo menos 2 anos, e se for positivo, a paciente será internada para cirurgia ou quimioterapia;

E – HIV

Infecção pelo HIV

Estima-se que sem qualquer intervenção 15% a 30% das crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV adquirem o vírus na gestação ou durante o trabalho de parto ou parto, ou através da amamentação.

Há evidências de que a maioria dos casos de transmissão vertical do HIV ocorre mais tardiamente na gestação, durante o trabalho de parto e no parto.

Todas as gestantes devem realizar testes para identificação da infecção pelo vírus HIV. É um exame de rotina na avaliação pré-natal. Este exame é particularmente importante pois existem tratamentos que comprovadamente reduzem a chance de transmissão perinatal.

O tratamento medicamentoso com a medicação AZT diminui o risco de transmissão para o feto.

Recém-nascidos de gestantes positivas para o HIV são tratados após o nascimento.

A mãe deve ser orientada a não amamentar o recém-nascido e a lactação deve ser inibida. Substitutos do leite materno devem ser instituídos.

Aconselhamento Pré e Pós-Teste Anti-Hiv na Gravidez

Pré-teste:

- O profissional deve avaliar os conhecimentos da gestante sobre a AIDS e outras DST e informá-la sobre aquilo que ela não sabe especialmente o que é a doença, seu agente etiológico, meios de transmissão. A gestante deverá ser estimulada a expressar seus sentimentos e dúvidas em relação a estas informações.
- Explicar o que é o teste, como é feito, o que mede, suas limitações.
- Explicar os benefícios do diagnóstico precoce na gravidez, as chances de reduzir a transmissão vertical, o acompanhamento especializado e as medidas profiláticas para a gestante e para o bebê em relação às infecções oportunistas.
- Mencionar o caráter confidencial e voluntário do teste.

Pós-teste

Resultado Negativo

- Discutir o significado deste resultado
- Informar que o teste deve ser repetido em caso de nova gestação
- Informar que o teste negativo não significa imunidade
- Reforçar os conceitos de modo de transmissão das DST e as medidas preventivas

Resultado Positivo

- Discutir o significado deste resultado

- Informar sobre a necessidade de acompanhamento médico especializado e instituição da terapêutica anti-retroviral
- Oferecer informações sobre como, quando e onde poderá ser feito este acompanhamento.
- Informar sobre as medidas disponíveis para diminuir a transmissão vertical
- Orientar sobre a necessidade de não amamentar
- Discutir a necessidade da testagem do parceiro e do uso de preservativos
- Dar todo o suporte psicoterápico
- Encaminhar para serviço de alto risco

Resultado Indeterminado

- Discutir o significado deste resultado
- Encorajar nova testagem 1 mês após
- Orientar para procurar atendimento médico especializado caso surjam sinais e sintomas não atribuíveis à gestação
- Orientar sobre as medidas preventivas contra o HIV e outras DST

Recomendações

- As mulheres infectadas devem ser informadas e aconselhadas sobre o risco de transmissão do HIV durante a amamentação e orientadas quanto ao uso de substitutos do leite materno, ou, quando disponível, o uso de leite de bancos de leite credenciados pelo Ministério da Saúde. Nenhuma criança deve receber aleitamento cruzado (leite de outra mulher).
- Não há necessidade em isolar a paciente portadora do HIV.
- Evitar que as gestantes portadoras de HIV permaneçam com bolsa rota por mais de 4 horas, ou em trabalho de parto prolongado.
- Realizar o clampeamento imediato do cordão umbilical.
- Aspirar delicadamente as vias aéreas do recém-nascido, evitando traumatismos em mucosas.
- Imediatamente após o parto, lavar o recém-nascido com água e sabão.
- Orientar a gestante quanto ao preparo dos substitutos do leite materno. A puérpera deverá ser medicada para suspender a lactação logo após o parto e ser orientada quanto aos cuidados que deverá ter com suas mamas. A inibição da lactação pode ser conseguida simplesmente com compressão das mamas com atadura, imediatamente após o parto, sem restringir os movimentos respiratórios e causar desconforto materno, sem apertar. No entanto, alguns casos requerem ação medicamentosa.
- Ao receber alta no puerpério, a mulher deve ser orientada quanto à importância do acompanhamento clínico dela e da criança. O acompanhamento clínico da mulher deve incluir: o retorno para avaliação clínico-obstétrica no 8º e no 40º dia pós parto.
- Orientar gestante/puérpera quanto ao uso de preservativo em todas as relações sexuais.
- O parceiro deve sempre ser aconselhado e testado.

Observações

- Um ganho maior do que 13 a 16 quilos acarreta um acúmulo de gordura tanto no feto quanto na mãe. Como o controle do peso torna-se mais difícil no final da gestação, a mulher deve tentar evitar ganhar muito peso durante os meses iniciais.
- O sal, de preferência o iodado, pode ser consumido com moderação, mas os alimentos excessivamente salgados ou que contêm conservantes devem ser evitados.
- A gestante não deve tomar qualquer medicamento, inclusive os de venda livre (p.ex., aspirina), sem antes consultar o médico, sobretudo durante os três primeiros meses.
- Geralmente, a suplementação de ferro é necessária, sobretudo para as mulheres anêmicas, pois a gestante não absorve suficiente ferro do alimento para suprir as demandas da gravidez, mesmo quando o ferro alimentar é combinado com o ferro já armazenado no organismo. Os suplementos de ferro podem causar um discreto desconforto gástrico e constipação.
- O edema (inchaço) é comum, especialmente nos membros inferiores. As varizes nos membros inferiores e vulvares (em torno do orifício vaginal) também são comuns e podem causar desconforto.
- As roupas devem ficar folgadas em torno da cintura e dos membros inferiores. Normalmente, o uso de meias-calças elásticas ou o repouso freqüente com os membros inferiores elevados, de preferência em decúbito lateral esquerdo, reduz o edema dos membros inferiores.
- A natação e outros exercícios que exigem pouco esforço são excelentes. As mulheres grávidas podem participar de atividades vigorosas (p.ex., equitação), desde que sejam cautelosas.
- O desejo sexual pode aumentar ou diminuir durante a gravidez. A relação sexual é permitida durante toda a gravidez, mas deve ser absolutamente evitado quando a mulher apresenta qualquer tipo de sangramento vaginal, dor, perda de líquido amniótico e, principalmente, contrações uterinas.

F - PREENHEZ ECTÓPICA

É a implantação e o desenvolvimento do ovo fora da cavidade uterina.

Pode localizar-se nas trompas, ovários ou órgãos abdominais ou pélvicos.

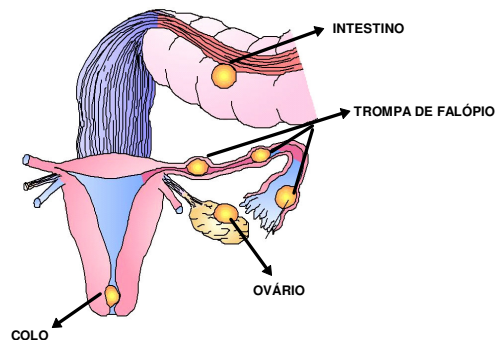
O seu diagnóstico baseia-se na avaliação clínica.

Ao ocorrer o rompimento do saco ovular e/ou da tuba, é acompanhado de dor abdominal aguda, tontura, vertigens e, eventualmente, choque hemorrágico, além de caracterizar uma urgência.

A conduta é geralmente cirúrgica.

Cuidados de enfermagem

- Repouso;
- Observação constante: aparecimento do choque;
- Controle de sinais vitais
- Preparo pré-operatório para possível curetagem;
- Após cirurgia: cuidados pós-operatórios comuns para cirurgia abdominal;
- Apoio psicológico – explicar o que está acontecendo;
- Providenciar tipagem e sangue – verificar se tem em estoque de sangue.



G - DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA

É a separação intempestiva e prematura da placenta do seu sítio de implantação, após a 20ª semana de gestação. Geralmente, a sua ocorrência deve-se a um traumatismo. O diagnóstico é realizado através do exame clínico e da anamnese. Nas formas graves evidencia-se a dor localizada, repentina e intensa, em geral no fundo uterino, hipertonia seguida de perda sangüínea. O encaminhamento para um serviço torna-se necessário devido aos riscos maternos, que podem ser desde a hipotensão arterial até o choque hipovolêmico, e fetais, de anormalidade na ritmicidade e/ou frequência dos batimentos cardíacos até o óbito fetal, caracterizando uma urgência.

Tipos

- Separação parcial com sangramento externo;
- Separação parcial com sangramento oculto;
- Separação total;

Sintomas

- Dor abdominal intensa e rigidez uterina;
- Hemorragia vaginal (pode não aparecer);
- Impossibilidade de palpação das partes fetais;
- Ausência ou alteração do foco fetal;

Tratamento

- Geralmente opta-se pela cesariana;
- Transfusões de sangue e hidratação venosa;
- Histerectomia: quando o útero não se contrai;

Cuidados de Enfermagem

- Apoio psicológico;
- Repouso;
- Cuidados em casos de estado de choque;
- Controle de sinais vitais, de altura uterina e diurese;
- Cuidados com oxigenoterapia;
- Se ocorrer óbito fetal iniciar macroindução sob prescrição médica;
- Se o feto é vivo, dependendo do grau de descolamento, indicada cesareana;
- Anotar queixas da parturiente – não deixar sozinha;
- Controle rigoroso do sangramento vaginal;
- Manter a veia e colher sangue para tipagem.

H - PLACENTA PRÉVIA

Caracteriza-se pelo desenvolvimento total ou parcial da placenta no segmento uterino inferior.

A conduta na placenta prévia depende da vitalidade do feto, localização da placenta, quantidade do sangramento vaginal e idade gestacional. Assim, torna-se necessário o encaminhamento para um serviço que disponha de exame ultrassonográfico (que possibilita o diagnóstico de certeza e a localização da placenta) e avaliação médica para uma eventual conduta intervencionista.

Tipos

- Central: cobre todo o orifício cervical;
- Parcial: cobre parcialmente o orifício cervical;
- Marginal: apenas a borda atinge o orifício;

Para prevenir faz-se o teste diagnóstico em mulheres com intenção de engravidar, tratamento imediato dos casos diagnosticados nas mulheres e em seus parceiros. Com o tratamento adequado, mães com sífilis podem dar à luz a crianças saudáveis.

A notificação e investigação dos casos detectados, incluindo os que nascem mortos ou os casos de aborto por sífilis, são compulsórias.

PARTO

Alguns Sintomas de um Pré-trabalho de Parto

Algumas semanas antes do parto, o corpo da gestante passa por transformações em decorrência de estar se preparando para o parto propriamente dito: o bebê se posiciona mais para baixo na pelvis da mãe, o que dá uma maior sensação de compressão no baixo ventre, às vezes acompanhada de uma dor lombar; as contrações de Braxton Hicks se intensificam, tornando-se mais dolorosas e intensas, o que pode deixar a gestante incerta de reconhecer o trabalho de parto que se inicia; perdas vaginais mais abundantes e às vezes com uma coloração mais rosada (sintoma provocado pelo rompimento de algumas veias capilares causado pela descida do bebê se posicionando no útero para o nascimento).

Alguns Sintomas do Trabalho de Parto

As contrações se intensificam cada vez mais e geralmente são mais regulares; as dores iniciam-se na parte baixa das costas e se espalham por todo o baixo ventre, às vezes também nas pernas; e se dá o rompimento da bolsa uterina; muitas vezes, é expelido o "tampão" (uma espécie de tampa mucosa e elástica que fecha a abertura do útero contra bactérias e fungos. Às vezes, a perda deste "tampão" pode acontecer dias antes do trabalho de parto iniciar realmente.

A gestante, juntamente com seu acompanhante, deve ser orientada para identificar os sinais que indicam o início do trabalho de parto.

Para tanto, algumas orientações importantes devem ser oferecidas, como:

- A bolsa d'água que envolve o feto ainda intra-útero (bolsa de líquido amniótico) pode ou não romper-se;
- A barriga pode apresentar contrações, ou seja, uma dor tipo cólica que a fará endurecer e que será intermitente, iniciando com intervalos maiores e diminuindo com a evolução do trabalho de parto;
- No final do terceiro trimestre, às vezes uma semana antes do parto, ocorre a saída de um muco branco (parecendo "catarro"), o chamado tampão mucoso, o qual pode ter sinais de sangue no momento do trabalho de parto;
- A respiração deve ser feita de forma tranqüila (inspiração profunda e expiração soprando o ar).
- A gestante e seu acompanhante devem ser orientados a procurar um serviço de saúde imediatamente ao perceberem qualquer intercorrência durante o período gestacional, como, por exemplo, perda transvaginal (líquido, sangue, corrimento, outros); presença de dores abdominais, principalmente tipo cólicas, ou dores localizadas; contração do abdome, abdome duro (hipertônico); parada da movimentação fetal; edema acentuado de membros inferiores e superiores (mãos); ganho de peso exagerado; visão turva e presença de fortes dores de cabeça (cefaléia) ou na nuca.

O TRABALHO DE PARTO

O trabalho de parto tem por finalidade expelir o feto através das vias genitais. É sobre o influxo das contrações uterinas, a princípio como fator único, depois auxiliadas pelo esforço muscular das paredes abdominais, que esse trabalho se desenvolve.

Sinais do desencadeamento de trabalho de parto

1. Período premonitório (antecede o verdadeiro trabalho de parto)

Na fase precoce do trabalho de parto a gestante pode sentir uma maior pressão sobre a bexiga, pode apresentar diarreia e dor severa nas costas. As contrações, embora ainda não dolorosas, se tornam mais freqüentes. Nesse período o colo do útero amolece, iniciando o seu processo de apagamento e dilatação. Geralmente ocorre o que se chama de perda do tampão mucoso, com o aparecimento de um corrimento espesso e sanguinolento. Quando as contrações uterinas começam a ficar mais intensas e regulares, pode ou não ocorrer o rompimento da bolsa de líquido amniótico, que muitas vezes escorre pelas pernas, molhando as roupas. Na maior parte dos casos essa é a hora de chegar ao hospital.

Conduta

- Repouso
- Idade gestacional (IG) > ou = a 37 semanas, aguardar o franco trabalho de parto
- IG < que 37 semanas, encaminhar para o serviço, pois a mulher poderá entrar em trabalho de parto prematuro

O Trabalho de Parto

O trabalho de parto consiste em uma série de contrações uterinas rítmicas e progressivas que fazem o feto descer gradualmente através do colo do útero (parte inferior do útero) e da vagina (canal do parto) até o exterior. As contrações uterinas promovem a dilatação (abertura gradual) do colo do útero e também o seu afinamento e apagamento (desaparecimento), até ele praticamente confundir-se com o restante do útero. Essas alterações permitem a passagem do feto através do canal do parto. Em geral, o trabalho de parto inicia dentro das 2 semanas (antes ou depois) da data estimada do parto. Quando trabalho de parto está muito demorado e a dilatação não está progredindo existe a necessidade de induzir o parto antes da hora. Isto é feito através da

administração de ocitocina EV. O trabalho de parto geralmente não dura mais que 12 a 14 horas na primeira gestação de uma mulher e tende a ser mais curto (em média, 6 a 8 horas) nas gestações subseqüentes. O tampão mucoso (uma pequena quantidade de sangue mesclada com muco cervical) geralmente é o sinal de que o trabalho de parto está para começar. No entanto, ele pode ser eliminado da vagina até 72 horas antes do início das contrações. Ocasionalmente, as membranas cheias de líquido que contêm o feto rompem antes do início do trabalho de parto e o líquido amniótico flui através do colo do útero e da vagina (ruptura de bolsa) para o exterior. Quando ocorre a ruptura das membranas, a mulher deve notificar o médico ou a obstetrix (parteira) imediatamente. Aproximadamente 80 a 90% das mulheres que apresentam ruptura das membranas entram em trabalho de parto espontaneamente em 24 h. Quando isto não ocorre, a gestante é internada e o trabalho de parto é induzido (provocado) para reduzir o risco de infecção causada por bactérias da vagina que invadem o útero. Essas infecções podem afetar a mãe ou o feto. Quando uma mulher em trabalho de parto (com contrações fortes em intervalos de 5 minutos ou menos e com uma dilatação do colo uterino superior a 4 centímetros) é admitida no hospital. As ações a serem executadas na gestante em trabalho de parto incluem a medida de sua pressão e pulso, a escuta do coração da criança (pelo menos de hora em hora), o acompanhamento das contrações e um exame de toque para verificação da progressão da dilatação do colo. Ao iniciar o trabalho de parto, a mulher deve permanecer em jejum, visando evitar vômitos e outras complicações, caso haja a necessidade posterior de realização de anestesia – mas pode e deve beber alguns goles de água, principalmente se estiver fazendo muito calor. Normalmente, na hora de dar à luz a gestante é transferida para uma sala de parto, que se assemelha a uma sala de cirurgia. Este local deve ter os materiais limpos e esterilizados, além instrumental e medicamentos necessários. Algumas mulheres sentem, mais que as outras, a dor na hora do parto; por isso necessitam apoio emocional, seja do companheiro, de um parente ou do profissional de saúde. Logo após o nascimento, a mãe e a criança devem receber alguns cuidados específicos. O ideal é a presença de um pediatra na sala de parto – fundamental nos casos de gravidez de risco.

Assepsia e anti-sepsia

As unhas devem ser curtas e limpas, e as mãos lavadas cuidadosamente com água e sabão. Uso de luvas durante exame vaginal, durante o nascimento da criança e na dequitação da placenta. Evitar técnicas invasoras, como episiotomia, para permitir com isto um cuidado adicional e reduzir o uso e exposição de instrumentos afiados (por exemplo durante a sutura).

AS VÁRIAS FORMAS DE DAR A LUZ

Em linhas gerais, há duas maneiras de parto: naturais e operatórios.

Parto de cócoras

É a maneira mais fácil de expulsar o bebê, pois a gravidade puxa o peso para baixo e colabora no trabalho de parto, acelerando a dilatação iniciada pelas contrações.

Vantagens

Canal de parto desimpedido. Aumento da irrigação sangüínea da pélvis. Favorece à distribuição da endorfina na região, um analgésico fabricado pelo próprio organismo da mulher, durante as contrações, para diminuir a dor. O bebê nasce, em média, 40% mais rápido do que nos partos feitos na posição horizontal. O perigo de uma demora na saída do bebê, que pode causar falta de oxigenação do seu cérebro e outros traumatismos, fica descartado. A placenta cai naturalmente.

Parto na água

Parto realizado numa piscina de água morna. Quando nasce, o bebê ainda respira pelo cordão umbilical por pelo menos vinte segundos, durante os quais expande seus pulmões lentamente. Só quando o cordão para de pulsar é que se deve tirá-lo da água e colocá-lo no peito da mãe. À medida que aumentam as contrações, é a mulher que determina qual a melhor posição para expulsar seu filho - em pé, de lado, de quatro, ou mesmo de joelhos.

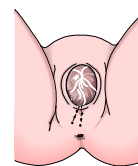
Parto normal

Após a dilatação do colo do útero, que pode durar até dezoito horas na primeira gravidez, a gestante é colocada na posição ginecológica, na mesa de parto, onde o médico controlará todo o trabalho. Lá ela recebe a anestesia, na maioria das vezes, a peridural, que inibe a dor mas não tira a sensação das contrações nem o sentido do tato. Já sob o efeito da anestesia, a mulher é orientada pelo médico para fazer força e começa a expulsar a criança. Quando a cabeça dela aparece, o médico ajuda com as mãos a puxar o resto do corpo para fora. Depois de nascer, ainda ligada ao cordão umbilical, a criança é colocada sobre o peito da mãe. Somente após, o médico corta o cordão e encaminha a criança à sala de reanimação. Enquanto isso, na sala de parto, a placenta é retirada pelo médico, que aproveita o efeito da anestesia para dar os pontos no períneo.

Episiotomia

Corte no períneo, é uma prática que tem três finalidades:

- facilitar a passagem do bebê,
- protegê-lo contra o desprendimento brusco
- preservar os tecidos da vagina.

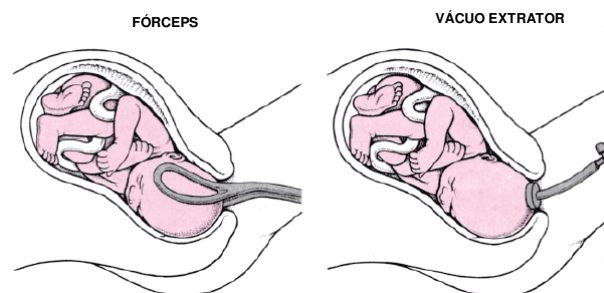


Parto a fórceps

Tem por objetivo aliviar o trabalho do parto e poupar desgastes da mãe e do bebê. O fórceps é um instrumento cirúrgico semelhante a um alicate que possui extremidades arredondadas que são encaixadas em torno da

cabeça do feto. Quando a criança já está no canal do parto, mas tem dificuldade para sair, o médico introduz os ramos delicadamente na vagina, um de cada vez. As duas partes se encaixam nas têmporas do bebê, que é puxado para fora, ao mesmo tempo que a mãe faz força para expulsá-lo. Esta técnica é conhecida como fórceps de alívio.

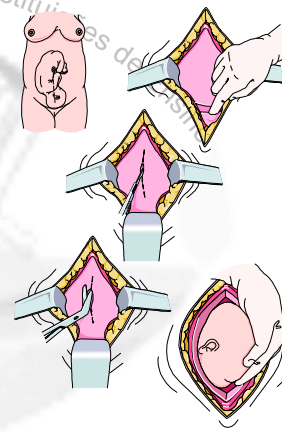
Quando um parto a fórceps é tentado e ele é muito difícil uma cesariana é realizada. Uma alternativa ao fórceps é o vácuo extrator, um aparelho que aplica uma sucção sobre a cabeça do feto. Com este aparelho, o concepto é delicadamente puxado para o exterior. O uso do fórceps pode provocar contusões na face do concepto ou lacerações na vagina da mãe. O vácuo extrator pode lesar o couro cabeludo do concepto. No entanto, todas essas lesões são incomuns.



Parto Cesárea

O parto cesáreo ou cesariana é um procedimento cirúrgico, invasivo, que requer anestesia. Nele, realiza-se uma incisão no abdome e no útero, com exposição de vísceras e perda de sangue, por onde o feto é retirado. Esse procedimento expõe o organismo às infecções, tanto pela queda de imunidade como pelo acesso de microrganismos através da incisão cirúrgica (porta de entrada), além de implicar maior tempo de recuperação. A anestesia peridural é mais empregada, porém demora mais tempo para fazer efeito e não leva à perda total da sensibilidade dolorosa, diminuindo apenas o movimento das pernas – como vantagem, não produz o incômodo da dor de cabeça. Fazer com que a mãe caminhe um pouco logo após a cirurgia reduz o risco de embolia pulmonar, na qual os coágulos sanguíneos formados nos membros inferiores e na pelve deslocam-se até os pulmões e obstruem artérias desses órgãos.

O parto por cesariana causa mais dor após a cirurgia que um parto vaginal e exige uma estada hospitalar mais longa. A incisão pode ser realizada na parte superior do útero (incisão clássica) ou na parte inferior. Geralmente, a incisão clássica somente é utilizada quando a placenta encontra-se em posição anormal (placenta prévia) ou quando o feto está posicionado horizontalmente, atravessado no canal do parto. A perda sanguínea é maior que a da incisão no segmento inferior, pois a parte superior do útero possui mais vasos sanguíneos. Além disso, a cicatriz é mais fraca e, conseqüentemente, a possibilidade de ela abrir nas gestações seguintes é um pouco maior. Após o encaminhamento do bebê à sala de reanimação, o médico faz as suturas no caminho inverso, utilizando fios absorvíveis. Apenas o pequeno corte na pele é suturado com fios de nylon, que serão retirados uma ou duas semanas depois do parto, dependendo do tipo de sutura.



Alguns dos motivos que levam os obstetras a optar por uma cesárea, são basicamente os seguintes:

Cordão umbilical enrolado no pescoço do bebê.

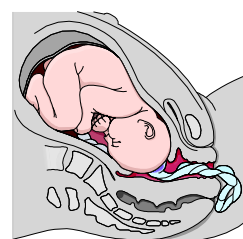
Esse é um problema que bloqueia a oxigenação do bebê. Ele é detectado quando acontece uma desaceleração do batimento cardíaco da criança durante o parto. Em muitos casos, esse problema pode ser detectado precocemente através de um ultra-som de rotina.

Deslocamento prematuro da placenta

Esse problema faz o útero ficar dolorido e contraído o tempo todo, e provoca um rompimento repentino da oxigenação fetal, sendo necessário realizar a cesárea imediatamente. Ele é caracterizado por um intenso sangramento vaginal que ocorre no último trimestre.

Prolapso do cordão umbilical

Quando o cordão surge antes do aparecimento da criança, o parto não pode prosseguir, pois a cabeça do bebê certamente irá comprimir o cordão e interromper a oxigenação, já que a mesma é feita através dele.



Placenta prévia

É quando a placenta se situa no segmento inferior do útero, podendo até ficar à frente do bebê, impedindo sua passagem. Ela ocorre geralmente no 3º trimestre e é marcada por uma hemorragia com sangue vermelho rutilante. Ao contrário do descolamento prematuro da placenta, neste caso o útero tem consistência normal e é indolor.

Sofrimento fetal agudo, devido à baixas reservas de oxigênio.

Esse problema pode ser detectado quando há alterações nos batimentos cardíacos do bebê, que são identificadas por um exame chamado cardiocotografia, feito durante todo o trabalho de parto. O líquido amniótico também é um indicativo: Se o bebê entrar em sofrimento, em razão da baixa oxigenação, pode começar a liberar fezes, fazendo com que o líquido se torne esverdeado.

Infecções sexualmente transmissíveis

Quando, em um parto normal, o bebê pode contrair a doença durante a passagem pelo canal.

O MÉTODO LÉBOYER

Na década de 70, o obstetra francês Frédérick Léboyer, criou um método que pode ser adotado em qualquer posição que a mulher queira dar a luz. Ele surgiu como uma crítica à forma violenta em que o bebê era recebido: pendurado de cabeça para baixo e levando palmadas nas nádegas para respirar, numa sala clara demais e cheia de médicos e assistentes. Léboyer sustentou que o parto era um processo simples e natural, portanto deveria ser tratado como tal, ou seja, o bebê seria recebido num ambiente acolhedor e por poucas pessoas. Em vez de pendurá-lo, o médico deveria colocá-lo sobre o peito da mãe para ser acariciado e se sentir protegido. O cordão seria cortado depois desse contato, quando ele já estivesse respirando por si mesmo, sem palmadas e sem choros. As alterações que ele introduziu, influenciaram a maneira de como os médicos viam o parto e ampliaram o poder de escolha das mulheres sobre posições mais confortáveis e naturais de dar a luz. Mesmo as que se submetem à cesariana, têm o direito de receber o filho no peito antes que lhe cortem o cordão e o levem para exames.

De maneira geral, o parto normal ou vaginal reúne, em relação à cesárea, uma série de vantagens, o que o torna a forma ideal de dar à luz. Além disso, é natural, tem menor custo e propicia à mulher uma recuperação bem mais rápida. Deve-se ressaltar que o parto normal é também importante para ajudar a completar a maturidade da criança: ao passar pela bacia da mãe, o bebê tem seu tórax comprimido, o que ajuda a expelir a água por ventura depositada em seus pulmões, facilitando-lhe a respiração e diminuindo o risco de problemas respiratórios.

A cesárea também está relacionada ao surgimento de bebês prematuros, o que acontece principalmente pela verdadeira comodidade, tanto da mulher como do médico, de se fazer cesáreas com datas e horas previamente marcadas, às vezes sem a plena certeza de que a criança já esteja completamente madura – aumentando as chances do surgimento de complicações e de morte entre recém-nascidos de cesariana, com relação aos de parto normal.

A cesárea provoca uma cicatriz maior, mais dolorosa e que demora mais a fechar. Na cesárea, é mais comum que o abdome fique mais distendido e que o intestino leve mais tempo para funcionar. As complicações durante e após o parto são mais freqüentes com uma cesárea do que com um parto normal. São também mais comuns os acidentes de anestesia, infecções da cicatriz, embolias, hemorragias, trombozes. Todos esses fatores fazem com que o risco de morrer por causas diretamente relacionadas à gravidez e ao parto, embora pequeno, seja a de duas a 15 vezes maior em cesáreas do que em partos vaginais. Durante a cesárea o uso de anestésicos, analgésicos e drogas sedativas durante a anestesia faz com que a mulher demore um tempo maior para estabelecer a amamentação, além da possibilidade sempre presente da passagem, pelo leite, de parte dessas drogas à criança. Durante o trabalho de parto, geralmente é realizada a administração intravenosa de líquidos à gestante para evitar a desidratação. O cateter intravenoso também permite, quando necessária, a administração imediata de medicamentos.

Cuidados de Enfermagem**Pré-operatório:**

- Clister,
- Tipagem sangüínea,
- Jejum de 12 horas,
- Sondagem vesical (pode ser colocada na S.O. ou não se indicada).

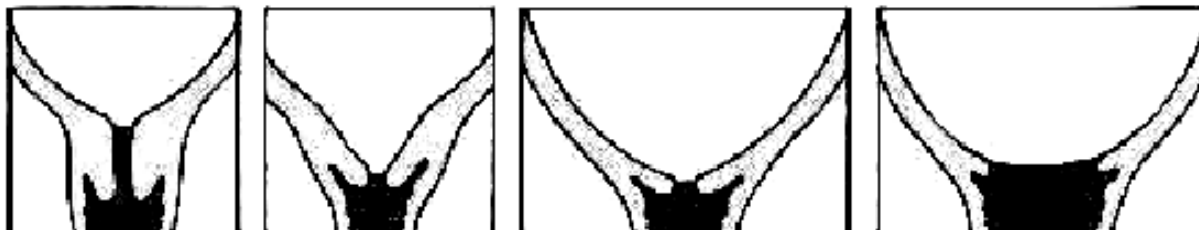
Pós-operatório:

- Verificar sinais vitais de 15 em 15 minutos até estabilizar;
- Observar tipo de anestesia (raqui ou peridural) e posicioná-la confortavelmente;
- Observar curativo abdominal, lóquios e involução uterina com cuidado;
- Manter controle do gotejamento do soro e drenagem da sonda vesical de demora.
- Orientar a puérpera que deverá reduzir as conversas para evitar flatulência;
- Proporcionar ambiente calmo e tranqüilo;
- Oferecer a dieta tão logo esteja liberada;
- Ajudar na deambulação precoce quando livre da SVD ou soro;
- Trocar curativos diariamente ou quando necessário;
- Enfaixar abdome após 24 horas.

ESTÁGIOS DO TRABALHO DE PARTO NATURAL

DILATAÇÃO

Nesse período, após o colo atingir 5 cm de dilatação, as contrações uterinas progridem e aos poucos aumentam a intensidade, o intervalo e a duração, provocando a dilatação do colo uterino. Como resultado, a cabeça do feto vai gradualmente descendo no canal pélvico e, nesse processo, rodando lentamente. Essa descida, auxiliada pela pressão da bolsa amniótica, determina uma pressão maior da cabeça sobre o colo uterino, que vai se apagando. Para possibilitar a passagem do crânio do feto - que mede por volta de 9,5 cm - faz-se necessária uma dilatação total de 10 cm. Este é o período em que a parturiente experimenta desconfortos e sensações dolorosas e pode apresentar reações diferenciadas como exaustão, impaciência, irritação ou apatia, entre outras.



Além das adaptações no corpo materno, visando o desenrolar do trabalho de parto, o feto também se adapta a esse processo: sua cabeça tem a capacidade de flexionar, estender e girar, permitindo entrar dentro do canal do parto e passar pela pelve óssea materna com mais mobilidade.

Durante o trabalho de parto, os ossos do crânio do bebê se aproximam uns dos outros e podem acavalar, reduzindo o tamanho do crânio e, assim, facilitar a passagem pela pelve materna.

Durante o primeiro estágio do trabalho de parto, não deve ser recomendado à gestante que ela faça força, pois o ato de empurrar o conteúdo antes do colo do útero estar totalmente dilatado é um desperdício de energia e pode causar laceração do colo do útero.

Cuidados de Enfermagem

a) Atendimento na Sala de Admissão

1 - Antes da Admissão:

É feito exame obstétrico pelo médico ou obstetrix, os quais utilizam na ocasião o seguinte material:

- Fita métrica (medir a altura do útero);
- Estetoscópio de Pinard (escutar o foco fetal);
- Luva esterilizada (para toque vaginal);
- Anti-séptico (anti-sepsia da vulva);
- Termômetro e esfigmomanômetro;
- Mesa de exame;
- Lençol.

O preparo da cliente para exame consta de:

- Pedir a gestante para esvaziar a bexiga, indicando a localização do banheiro;
- Verificar a temperatura axilar;
- Ajudar a gestante a subir e descer da mesa de exame, colocá-la em decúbito dorsal sem roupa da cintura para baixa, cobri-la com lençol dando apoio física para evitar que caia;
- Auxiliar o médico durante o exame – o toque vaginal é realizado para fornecer dados que indiquem a posição do feto e a dimensão da dilatação do colo uterino;

Sendo comprovado, pelos exames e a história, que a cliente está em trabalho de parto ou sendo uma situação especial, a parturiente será admitida no hospital.

2 – Depois da Admissão

Uma vez admitida na clínica, ainda na sala de admissão ou em local pré-determinado, a gestante deverá ser submetida ao seguinte preparo:

- Esvaziar a bexiga espontaneamente ou através de sondagem vesical. Geralmente a sondagem vesical é feita nos casos de parto cirúrgicos, deixando-se a sonda de demora;
- A gestante é instruída para permanecer deitada de lado, em jejum, podendo ingerir apenas água.
- Uma via intravenosa, para receber líquidos, pode ser instalada.
- Medidas como o enema e a tricotomia não são mais realizadas de rotina na maioria dos hospitais.
- Banho de chuveiro – auxiliá-la no banho e vesti-la com camisola;
- Controle de TPR e PA e anotação no prontuário;
- Colheita de sangue para tipagem e fator RH.

b) Atendimento na Enfermaria

Terminados estes cuidados, a parturiente deverá ser encaminhada à enfermaria onde os cuidados de enfermagem terão continuidade, ressaltando-se os seguintes:

- A parturiente deverá permanecer em jejum;

- As batidas do coração do feto (foco fetal – deverão ser ouvidos e contados a cada 15 minutos. Esse controle é feito pelo médico ou obstetrix utilizando o estetoscópio de Pinard (ritmo e intensidade));
- A cliente poderá ser medicada no transcorrer desses períodos. Ao fazê-lo, empregar habilmente os conhecimentos adquiridos;
- Quando ocorrem as contrações uterinas, a parturiente deverá respirar de maneira ofegante como “cachorrinho cansado”. No fim da contração, deverá inspirar profundamente e expirar sem forçar, com a boca entre aberta. Orientá-la para que proceda como o exposto acima;
- Controle da dinâmica uterina – controle das contrações: frequência, intensidade e duração, durante 10 minutos;
- Observar perdas vaginais e avisar o médico;
- Controle dos sinais de período expulsivo: aumento da frequência das contrações uterinas, abalamento do períneo e vontade de fazer força;

No final dessa fase, com o colo uterino dilatado, a gestante sente uma pressão maior no períneo e a necessidade de empurrar como se fosse evacuar. É o chamado "puxo". Na maioria das vezes a gestante é levada para uma sala onde ocorrerá o parto, a sala de parto. Colocada em uma cama especial, em posição ginecológica e com a cabeceira elevada, iniciam-se as manobras que facilitarão o nascimento.

EXPULSÃO

O período de expulsão inicia-se com a completa dilatação do colo uterino e termina com o nascimento do bebê. Ao final do primeiro período do trabalho de parto, o sangramento aumenta com a laceração dos capilares no colo uterino. Náuseas e vômitos podem estar presentes, por ação reflexa. A parturiente refere pressão no reto e urgência urinária. Ocorre distensão dos músculos perineais e abaulamento do períneo (solicitação do períneo), e o ânus dilata-se acentuadamente.

Esses sinais iminentes do parto devem ser observados pelo técnico de enfermagem e comunicados à enfermeira obstétrica e ao obstetra.

O exame do toque deve ser realizado e, constatada a dilatação total, o técnico de enfermagem deve encaminhar a parturiente à sala de parto, em cadeira de rodas ou deambulando.

Enquanto estiver sendo conduzida à sala de parto, a parturiente deve ser orientada para respirar tranquilamente e não fazer força. É importante auxiliá-la a se posicionar na mesa de parto com segurança e conforto, respeitando a posição de sua escolha: vertical, semiverticalizada ou horizontal. Qualquer procedimento realizado deve ser explicado à parturiente e seu acompanhante.

O profissional responsável pela condução do parto deve fazer a escovação das mãos e se paramentar (capote, gorro, máscara e luvas). A seguir, realizar a antisepsia vulvoperineal e da raiz das coxas e colocar os campos esterilizados sobre a parturiente. Na necessidade de episiotomia, indica-se a necessidade de anestesia local. Para que ocorra a expulsão do feto, geralmente são necessárias cinco contrações num período de 10 minutos e com intensidade de 60 segundos cada. O técnico de enfermagem deve orientar que a parturiente faça respiração torácica (costal) juntamente com as contrações, repousando nos intervalos para conservar as energias.

Após o coroamento e exteriorização da cabeça, é importante assistir ao desprendimento fetal espontâneo. Caso esse desprendimento não ocorra naturalmente, a cabeça deve ser tracionada para baixo, visando favorecer a passagem do ombro. Com a saída da cabeça e ombros, o corpo desliza facilmente, acompanhado de um jato de líquido amniótico.

O recém-nascido, com boa vitalidade, pode ser colocado sobre o colo materno, ou permitir que a mãe o faça, se a posição do parto favorecer esta prática. Neste momento, o técnico de enfermagem deve estar atento para evitar a queda do recém-nascido.

O cordão umbilical só deve ser pinçado e laqueado quando o recém-nascido estiver respirando. A laqueadura é feita com material adequado e estéril, a uns três centímetros da pele.

É importante manter o recém-nascido aquecido, cobrindo-o com um lençol/campo – o que previne a ocorrência de hipotermia.

A mulher deve ser incentivada a iniciar a amamentação nas primeiras horas após o parto, o que facilita a saída da placenta e estimula a involução do útero, diminuindo o sangramento pós-parto.

Cuidados de Enfermagem

Os dois últimos períodos do parto, expulsão e dequitação, transcorrem na sala de parto, onde é empregada a técnica de sala de operação.

Material esterilizado usado:

- Campos;
- Luvas e aventais;
- Caixa de instrumental para parto;
- Seringa de 10 cm e agulhas hipodérmicas 40x7 e 25x8;
- Gaze;
- Fio de sutura.

Tipos de Anestesia

- Bloqueio Perineal ou Anestesia Local - realizada apenas na área da episiotomia.
- Bloqueio Espinal: Raqui e Peridural

A Raqui promove o bloqueio sensitivo e motor, ou seja, a paciente deixa de sentir e movimentar as pernas e o baixo ventre. Esse tipo de anestesia proporciona um relaxamento maior da região pélvica e sua instalação é mais rápida.

A Peridural promove apenas o bloqueio sensitivo, ou seja, a paciente deixa apenas de sentir, permanecendo a movimentação; eliminando a dor, mas não interferindo nas contrações uterinas. É, sem dúvida, o método mais amplamente usado em trabalho de parto normal.

DEQUITAÇÃO

Inicia-se após a expulsão do feto e termina com a saída da placenta e membranas (amniótica e coriônica). Recebe o nome de delivramento ou dequitação e deve ser espontâneo, sem compressão uterina. Pode durar de alguns minutos a 30 minutos. Nessa fase é importante atentar para as perdas sangüíneas, que não devem ser superiores a 500 ml.

As contrações para a expulsão da placenta ocorrem em menor quantidade e intensidade.

A placenta deve ser examinada com relação à sua integridade, tipo de vascularização e local de inserção do cordão, bem como verificação do número de vasos sangüíneos deste (1 artérias e 2 veias), presença de nós e tumorações. Examina-se ainda o canal vaginal, o colo uterino e a região perineal, com vistas à identificação de rupturas e lacerações; caso tenha sido realizada episiotomia, proceder à sutura do corte (episiorrafia) e/ou das lacerações.

A dequitação determina o início do puerpério imediato, onde ocorrerão contrações que permitirão reduzir o volume uterino, mantendo-o contraído e promovendo a hemostasia nos vasos que irrigavam a placenta.

Cuidados de Enfermagem

Para ajudar na expulsão da placenta, faz-se a delicada pressão sobre a parede uterina, comprimida o abdome;

- A mãe é solicitada a fazer força para baixo;
- Ao serem expulsos, receber os anexos em cuba rim ou bandeja;
- Após a saída dos anexos é feita sutura da episiotomia pelo obstetra;
- Pesar a placenta e colher sangue do cordão para tipagem sangüínea de bebê;
- Verificar pressão arterial e dizê-la ao obstetra;
- Após a dequitação, não estando a cliente com pressão arterial alta, o médico solicitará a aplicação de injeção do ocitócio por via IM. O ocitócio (Ergotrat Syntocinon) é um medicamento que provoca a contração uterina evitando hemorragia. É contra indicado para hipertensas.
- Após o exame da placenta, ainda, de luva e usando gazes, enxugue a região perineal e observe a existência de rotura da mucosa vaginal e/ou da musculatura perineal;
- Promover a higienização dessa região com água e sabão;
- Trocar as roupas molhadas e oferecer calcinha e absorvente.
- Transportar a mãe em maca para a enfermaria.
- Após o parto, a puérpera deseja dormir e descansar. Propiciar condições, ambientes para que a mãe logre seu intento.

PERÍODO DE GREENBERG

Corresponde às primeiras duas horas após o parto, fase em que ocorre a loquiação e se avalia a involução uterina e recuperação da genitália materna. É considerado um período perigoso, devido ao risco de hemorragia; por isso, a puérpera deve permanecer no centro obstétrico, para criterioso acompanhamento.

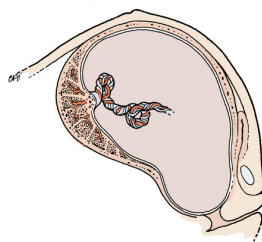
Cuidados de Enfermagem

- Promover o conforto da mulher devido ao cansaço físico e emocional do trabalho de parto
- Mantê-la aquecida;
- Oferecer líquido;
- Verificar os sinais vitais, principalmente o pulso e a pressão arterial devido à perda sangüínea;
- Observar as características da perda vaginal, principalmente, em relação à quantidade e associar com o tônus uterino
- O útero deve apresentar-se contraído, à palpação abdominal, com o fundo abaixo da cicatriz umbilical.

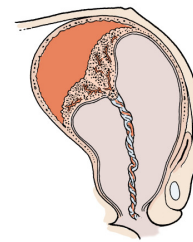
MECANISMOS DO PARTO

No seu transcurso através do canal parturitivo, impulsionado pela contratilidade uterina e a da parede abdominal, o feto é compelido a executar um certo número de movimentos.

São eles:



PLACENTA PRESA À PAREDE UTERINA



PLACENTA SEPARADA DA PAREDE UTERINA



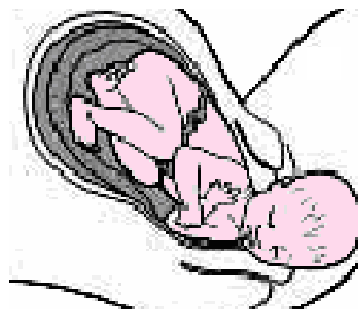
ENCAIXAMENTO OU INSINUAÇÃO
PASSAGEM DA MAIOR CIRCUNFERÊNCIA DA APRESENTAÇÃO ATRAVÉS DO ANEL DO ESTREITO SUPERIOR. HÁ A REDUÇÃO DA CABEÇA.



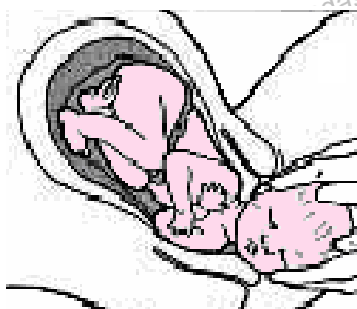
DESCIDA
TRANSCURSO PELO CANAL



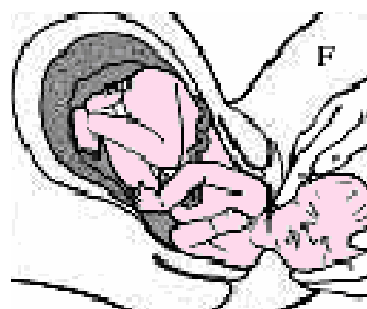
ROTAÇÃO INTERNA DA CABEÇA
ADAPTAÇÃO DOS DIÂMETROS MAIORES DA APRESENTAÇÃO AOS DIÂMETROS DE SAÍDA



DESPRENDIMENTO DA CABEÇA



RESTITUIÇÃO
ROTAÇÃO EXTERNA DA CABEÇA E INTERNA DAS ESPÁDUAS. MOVIMENTO DE FLEXÃO E ROTAÇÃO VOLTANDO PARA O LADO QUE ESTAVA NA BACIA



DESPRENDIMENTO DAS ESPÁDUAS
A ESPÁDUA ANTERIOR TRANSPÕE A ARCADA PÚBLICA E APARECE ATRAVÉS DO ORIFÍCIO VULVAR

O restante do feto não oferece resistência para o nascimento.

MEDICAMENTOS USADOS NO 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. A super-dosagem pode provocar a rotura uterina. Após o parto pode ser usado puro (IM).

Duvadilan e Alupente - relaxam o útero. Usados nos casos de parto prematuro para inibir contrações precoces. Podem causar hipotensão e taquicardia. Aerolin EV 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, IV ou VO, normalmente é aplicada de 5 a 10 minutos após a dequitação.

Anti-espasmódicos - (Ex.: Buscopan) geralmente usados para facilitar a dilatação do colo ou diminuir a frequência e a intensidade das contrações, quando elas vão além dos limites normais.

Marcaína ou Xylocaína - usados como anestésicos locais, na hora de fazer a episiotomia.

Relaxantes musculares - (Ex.: Diempax) usados após o parto, para bem estar da paciente, após todo o esforço do trabalho de parto.

COMPLICAÇÕES DO TRABALHO DE PARTO E DO PARTO

Ruptura Prematura das Membranas

A ruptura prematura das membranas é a ruptura das membranas cheias de líquido que contêm o feto 1 hora ou mais antes do trabalho de parto iniciar. A ruptura das membranas, seja ela prematura ou não, é comumente denominada ruptura da bolsa. O líquido amniótico sai pela vagina. A mulher é hospitalizada e mantém repouso ao leito, podendo levantar-se para ir ao banheiro. A temperatura e a frequência de pulso geralmente são verificadas no mínimo 2 vezes por dia. Um aumento da temperatura ou da frequência de pulso pode ser um sinal precoce de infecção. Quando a gestante apresenta uma infecção, o trabalho de parto é induzido e o concepto é removido. Se a perda de líquido amniótico cessar e as contrações interromperem a mulher pode ser liberada, mas ela ainda deve fazer repouso ao leito e deve ver o médico pelo menos uma vez por semana.

Trabalho de Parto Prematuro

O trabalho de parto prematuro é aquele que começa antes da 37ª semana de gestação. Como os recém-nascidos prematuros podem apresentar problemas cardíacos, os médicos tentam interromper o trabalho de parto prematuro. Porém, é difícil de ser interrompido quando ocorre sangramento vaginal ou ruptura das membranas que envolvem o feto. Quando não ocorrem, o repouso ao leito e a administração intravenosa de líquidos ajudam em 50% das vezes. Contudo, quando o colo do útero dilata mais de 5 centímetros, o trabalho de parto evolui até o nascimento do concepto. O sulfato de magnésio administrado pela via intravenosa interrompe o trabalho de parto em até 80% das mulheres, mas ele pode causar efeitos colaterais (p.ex., aumento da frequência cardíaca materna e/ou fetal).

Gestação Pós-Termo e Pós-Maturidade

Uma gestação pós-termo é aquela que continua além da 42ª semana. A pós-maturidade é uma síndrome na qual a placenta começa a deixar de funcionar normalmente em uma gestação pós-termo, colocando o feto em perigo. Algumas vezes, é difícil determinar quando se passaram 42 semanas, pois a determinação da data precisa nem sempre é fácil de ser determinada. No início da gravidez, a ultra-sonografia, um exame seguro e indolor, pode ajudar na determinação do tempo de gestação. Após a 32ª semana, a determinação do tempo de gestação pode apresentar um erro de 3 semanas em uma ou em outra direção. Quando a gestação continua após a 42ª semana (a partir do primeiro dia da última menstruação), a mãe e o feto são examinados, verificando-se a presença de sinais de pós-maturidade: atrofia do útero e diminuição dos movimentos fetais. Os exames podem ser iniciados na 41ª semana para avaliar os movimentos fetais, a frequência cardíaca fetal e a quantidade de líquido amniótico, a qual diminui significativamente nas gestações pós-termo. O tamanho da cabeça do feto é comparado com o tamanho do seu abdômen.

Para confirmar um diagnóstico de pós-maturidade, o médico pode realizar uma **amniocentese** (coleta e exame do líquido amniótico).

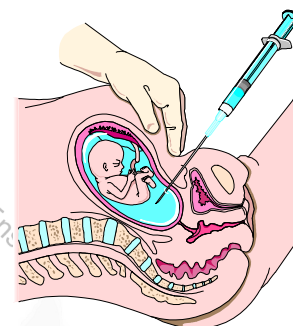
Uma indicação de pós-maturidade é a coloração esverdeada do líquido amniótico causada pelo mecônio (primeira evacuação do feto).

Este achado indica sofrimento fetal.

Desde que a avaliação não detecte sinais de pós-maturidade, pode ser permitida a continuidade de uma gestação.

Contudo, quando a avaliação detecta a pós-maturidade, o trabalho de parto é induzido e o concepto é removido.

Quando o colo do útero não é suficientemente flexível para permitir a passagem do feto, é realizada uma cesariana.



AMNIOCENTESE

Trabalho de parto que evolui muito lentamente

A cada hora, o colo do útero deve dilatar pelo menos 1 centímetro e a cabeça do feto deve descer no interior da pelve no mínimo 1 centímetro. Quando isto não ocorre, o feto pode ser muito grande para mover-se através do canal do parto e é necessária a realização de um parto a fórceps ou de uma cesariana. Quando o canal do parto é suficientemente grande para o feto, mas o trabalho de parto não evolui com rapidez suficiente, a ocitocina é administrada pela via intravenosa à mãe para estimular o útero a contrair com mais força. Quando a ocitocina não é eficaz, é realizada uma cesariana.

Posição e Apresentação do Feto

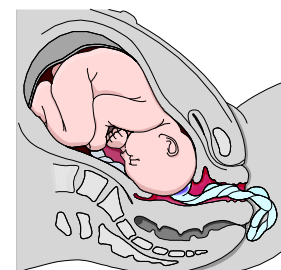
Normalmente, a posição de um feto é de cabeça para baixo e virado em direção às costas da mãe com o pescoço flexionado. A apresentação é cefálica (de cabeça). Uma posição menos comum é aquela na qual o feto está voltado para frente. As apresentações anormais incluem a de face, a de frente, a pélvica e a de ombro.

Prolapso de cordão

Consiste na sua exteriorização pela vagina.

Este quadro é grave e mais comum nas situações em que a cabeça fetal está alta e móvel, quando há grande quantidade de líquido amniótico, quando o feto é pequeno e/ou o cordão umbilical é longo.

Uma vez diagnosticado o prolapso, com presença de cordão pulsátil (RN vivo), a mulher deve ser mantida em posição genupeitoral e, simultaneamente, através do toque vaginal, elevar a cabeça fetal tentando impedir a compressão do cordão umbilical até a extração do concepto via vaginal ou abdominal, que deve ser o mais rápido possível.



Circular de Cordão

Geralmente acontece do cordão enrolar o pescoço, podendo chegar até 3 voltas, e comprometer o seu bem-estar quando há compressão dificultando a circulação. Isto é evidenciado no período expulsivo durante o desprendimento da cabeça. Em alguns casos o cordão deverá ser cortado antes de desprendimento do corpo.

Rotura uterina

É a solução de continuidade que ocorre no útero durante o trabalho de parto, precedida geralmente por sinais de iminência de rotura, o que facilita sua prevenção. Esses sinais são presença de contrações uterinas intensas e dolorosas; distensão do segmento inferior com presença de anel de Bandl (provocado pelo estiramento

exagerado do segmento inferior no parto com desproporção céfalo-pélvica; caracterizado por um sulco na altura da cicatriz umbilical). Uma das causas mais freqüentes da rotura uterina é a cicatriz de cesárea anterior ou miomectomia. Nesta situação, é preciso o encaminhamento para um serviço, pois o tratamento é cirúrgico, havendo riscos materno e fetal.

Desproporção Cefalo-pélvica (DCP)

A relação entre o tamanho do feto e o da pelve da mãe é fator de muita importância. Se a desproporção for grande o parto normal será impossível.

PUERPÉRIO NORMAL E SUAS COMPLICAÇÕES

De acordo com as alterações físicas, o puerpério pode ser classificado em quatro fases distintas: **imediate** (primeiras 2 horas pós-parto); **mediato** (da 2ª hora até o 10º dia pós-parto); **tardio** (do 11º dia até o 42º dia pós-parto) e **remoto** (do 42º dia em diante).

TRANSFORMAÇÕES

1 - Sinais Vitais

Temperatura: pode subir nas 1ª 24 horas, voltando ao normal a seguir.

Pulso: bradicardia puerperal, normalmente após 7 ou 10 dias.

2 - Útero

Ocorre a involução uterina. Após o parto ele mede de 15 cm a 30 cm, diminuindo de 0,5 – 1 cm por dia, até voltar ao tamanho normal. A manutenção da contractilidade, uterina após a dequitação da placenta promoverá a involução do útero, bem como a hemóstase do sítio de inserção placentária (globo de segurança).

Nas primeiras 24 horas o útero alcança a cicatriz umbilical, mantendo um dextrodesvio, e apresentando-se de consistência firme. A involução far-se-á em ritmo irregular, a uma razão aproximada de 1 cm por dia, de modo que no 10º dia do puerpério já não será mais palpado acima da sínfise púbica, e seu peso que era de 1.000g estará reduzido a menos da metade, sendo que o processo de involução continuará por cerca de cinco a seis semanas.

A cavidade uterina por sua vez sofre um processo de necrose e eliminação da decídua parietal, passando a regenerar-se pela proliferação do epitélio glandular, por ação estrogênica, após o 25º dia. O sítio de inserção placentária será regenerado progressivamente a partir do endométrio vizinho por um período que se prolonga até o puerpério remoto.

3 - Mamas

A mama é o único órgão que após o parto não involui, enchendo-se de colostro até trinta horas após o parto. A apojadura, que consiste na descida do leite, ocorre entre o 3º ou 4º dia pós-parto. A manutenção da lactação depende do estímulo da sucção dos mamilos pelo bebê.

4 - Vagina

No pós-parto imediato a vagina encontra-se edemaciada, congesta, e com grande relaxamento das paredes vaginais, alterações que regridem após os dois primeiros dias.

5 - Vulva e Períneo

Apresentam-se edemaciadas e congestionadas, retornando à normalidade rapidamente, lacerações pequenas são freqüentes e cicatrizam espontaneamente.

A ocorrência de botões hemorroidários é freqüente, pela congestão venosa e pela compressão do plexo hemorroidário provocado pela passagem do feto no canal de parto. A regressão costuma ser espontânea.

6 - Assoalho Pélvico

A musculatura pode sofrer distensões e lacerações.

7 - Menstruação

Pode voltar logo após o puerpério para as que não amamentam e por volta do 4º ou 5º mês para as que amamentam.

8 - Peso

A perda é em média 6 a 7 kg (feto, placenta, líquido e sangue). Após o parto a perda é gradativa, sendo mais rápida nas que amamentam.

9- Sangue

Leucocitose após o parto, voltando o hemograma ao normal durante a 1ª semana.

10 - Lóquios

O fluxo genital decorrente da drenagem uterina puerperal denomina-se lóquios.

De início o fluxo é sangüíneo, de volume variável, normalmente não ultrapassando o de um fluxo menstrual, já a partir do 5º dia de puerpério tornam-se acastanhados, tornando-se, gradativamente serossangüíneos por volta do 10º dia, e finalmente tornam-se apenas serosos. O odor é característico e depende da flora vaginal da mulher, podendo tornar-se fétido quando da ocorrência de infecção. Nas nutrízes ou nas mulheres submetidas à operação cesariana com limpeza abundante da cavidade uterina, os lóquios costumam ser de menor intensidade.

11 - Colo

Imediatamente após o parto o colo apresenta-se com bordos edemaciados, limites imprecisos e com pequenas lacerações que terão resolução espontânea. A regressão do diâmetro cervical é progressiva, e por volta do 10º dia já se apresenta impérvio, com orifício em fenda na maioria das mulheres que tiveram parto vaginal.

ORIENTAÇÕES

1 - Dieta

Alimentos podem ser ingeridos imediatamente após o parto normal, mesmo quando foi empregada a anestesia local. Os primeiros alimentos, preferencialmente líquidos, devem ser de fácil digestão e os vômitos e enjôos contra-indicam a alimentação sem autorização médica. No pós-parto, é freqüente a utilização de suplementos vitamínicos, principalmente aqueles contendo ferro.

2 - Peso corporal

Imediatamente após o parto, pela saída do recém-nascido (mais ou menos 3,5 kg), da placenta (mais ou menos 0,5 kg), do líquido amniótico e de sangue (mais ou menos 1 kg), ocorre uma diminuição em torno de 4,5 a 5,0 kg. Outros 1,5 a 2,0 kg adicionais serão perdidos nos próximos 10 dias pela eliminação do líquido retido no organismo ao longo da gravidez.

3 - Higiene

Poderá tomar banho, lavando inclusive os cabelos quando se sentir segura. Os banhos diários são normais. Não são necessários cuidados especiais para as mamas das mulheres que amamentam. É importante o uso de absorvente genital pós-parto, e eles devem ser trocados com freqüência. Absorventes internos podem ser utilizados assim que a região genital cicatrizar, ao redor de 2 semanas após o parto normal, ou 3 semanas após o parto com episiotomia.

4 - Vestuário

O uso diário de um sutiã, proporcionando maior sustentação das mamas, diminui o estiramento dos ligamentos suspensores e da pele, prevenindo futura flacidez. O uso das cintas é opcional, mas não apresenta contra-indicações, devendo apenas ser evitado o desconforto pelo uso excessivamente apertado.

5 - Hábitos

Não fumar, principalmente se estiver amamentando. Procure organizar uma rotina, dividindo tarefas que não dependam essencialmente de sua presença, para poder se dedicar mais ao recém-nascido.

6 - Alojamento conjunto

Atualmente, na maioria dos hospitais, o bebê permanece todo o tempo possível no mesmo quarto junto com a mãe e sob seus cuidados.

7 - Visitas

As visitas, tanto na maternidade como em casa, não devem ser freqüentes ou prolongadas, pois trazem transtornos à rotina da mãe e do bebê.

8 - Dores

Após o parto, o útero continua a se contrair. Na maioria das vezes, estas contrações são indolores, mas algumas mulheres as percebem como cólicas, que podem ser intensas principalmente durante a amamentação. As dores abdominais originadas da operação cesariana ou as dores da episiotomia devem diminuir dia a dia, sendo perfeitamente controláveis pela utilização de analgésicos recomendados pelo obstetra, quando necessários.

9 - Medicamentos

Somente podem ser utilizados medicamentos receitados pelo obstetra. Mulheres que amamentam devem ter cuidados redobrados, pois vários remédios passam para o leite e podem prejudicar o bebê.

10 - Episiotomia

Geralmente, não são necessários curativos locais ou outros cuidados além da higiene. Logo após o parto pode ser colocada uma bolsa de gelo no local para aliviar o desconforto.

11 - Função urinária

A primeira micção pós-parto deve ocorrer espontaneamente em até 8 horas. As micções não devem ser dolorosas e nos primeiros dias o volume é maior devido à eliminação da água retida pelo organismo durante a gravidez.

12 - Função intestinal

Nos primeiros dias pós-parto pode existir uma tendência a persistir a constipação intestinal que ocorre na gravidez. A evacuação também fica prejudicada pelo receio de dor na região anal, por isso a primeira evacuação após o parto pode demorar alguns dias, principalmente se foi realizada a lavagem intestinal antes do parto. Eventualmente remédios laxativos podem ser receitados. Na região anal, podem aparecer ou se agravarem as hemorroidas, necessitando de cuidados específicos.

13 - Atividades físicas

Exercícios passivos de flexão e extensão dos pés, pernas e coxas, assim como massagens nessas regiões devem ser realizadas imediatamente após o parto, com a finalidade de ativar a circulação sanguínea. É importante manter uma postura correta, principalmente na hora de amamentar para evitar que ocorram dores nas costas.

Os exercícios para a musculatura que forma o assoalho da bacia podem ser iniciados no dia seguinte ao parto, realizados várias vezes ao dia e praticados por toda a vida. Eles reforçam a sustentação da bexiga e do intestino, fortalecendo a vagina e diminuindo o risco do aparecimento futuro de problemas como perda de urina (incontinência urinária) e queda da bexiga. Os exercícios físicos para corrigir a flacidez abdominal e o contorno corporal podem ser iniciados após 2 semanas do parto normal, iniciando com poucos minutos, até atingir 20 a 30

minutos por dia. De maneira semelhante, pode ser iniciada a prática desportiva. Quando o parto tiver sido cesariana, seu início deve aguardar em torno de 6 semanas.

14 - Atividade sexual

Pode ser iniciada logo após a completa cicatrização das regiões traumatizadas na dependência do desejo individual. Nas primeiras relações sexuais, a penetração deve ser mais cuidadosa, pois o revestimento da vagina está mais fino e menos lubrificado.

15 - Planejamento familiar

Para evitar ou espaçar os períodos de gravidez, é aconselhável o uso de um método anticoncepcional. Amamentar com mamadas freqüentes em torno de 3 em 3 horas evita a ovulação e, portanto, a gravidez até o quinto mês pós-parto. No entanto mesmo as mulheres que amamentam como aquelas que não o fazem devem discutir com seu médico o uso de um método anticoncepcional efetivo.

16 - Consulta médica de revisão

Geralmente realizada algumas semanas após o parto, serve para o médico se assegurar de que as modificações que ocorreram nesse período são normais, avaliar a amamentação, indicar tratamento para queixas existentes e facilitar a discussão de outros assuntos.

MODIFICAÇÕES GERAIS

Aparelho Cardiocirculatório

O diafragma desce permitindo o retorno do coração à sua posição original, e conseqüente normalização do seu eixo elétrico. Diminui a pressão venosa dos membros inferiores, com conseqüente melhora das varizes e edemas.

Aparelho Digestivo

Com o retorno progressivo das vísceras abdominais ao seu sítio anatômico de origem tende a regredir o quadro de obstipação freqüente durante a gestação. O tempo de esvaziamento gástrico que se encontrava aumentado, também tende a normalizar-se.

Aparelho Urinário

Nos primeiros dias de puerpério a bexiga puerperal fica com a capacidade aumentada e pode reter grandes volumes de urina. A maior capacidade vesical, a retenção urinária, e a cateterização vesical predis põem à ocorrência de infecção nesse período. A dilatação ureteral e sua posição anatômica tendem à normalidade num período de quatro a seis semanas.

Alterações Sangüíneas

Na primeira semana do puerpério ocorre uma leucocitose que pode chegar a mais de 20.000 leucócitos. A quantidade de plaquetas eleva-se nas primeiras semanas.

Alterações da Pele e Fâneros

Os fenômenos de hiperpigmentação da face, das mamas e do abdome tendem a regredir rapidamente, podendo deixar alterações definitivas na coloração da pele. As estrias avermelhadas tornam-se brancas e diminuem seu tamanho. Algumas tem tendência a apresentar pele seca, queda acentuada de cabelo e unhas quebradiças.

Alterações Psíquicas

As alterações psíquicas que podem variar de crises de choro, crise depressiva, instabilidade emocional, até a um quadro patológico de psicose puerperal que exigirá atenção especializada.

Metabolismo

A puérpera experimenta uma grande perda de peso, 5 a 6 kg após o parto, e, com a normalização metabólica. Poderá perder mais 2 a 3 kg nos primeiros dez dias.

COMPLICAÇÕES DO PUERPÉRIO

INFECÇÕES PUERPÉRIAS

Considera-se como infecção puerperal aquela originada no aparelho genital, após parto recente. É um quadro grave podendo levar a paciente à morte. Ocorre quando a puérpera está com uma temperatura de 38,3°C ou mais em duas ocasiões distintas com um intervalo mínimo de 6 horas depois das primeiras 24 horas após o parto e quando não existe uma outra causa evidente (p.ex., bronquite). Mesmo durante as primeiras 12 horas após o parto, uma temperatura de 38,3°C ou mais pode ser sinal de uma infecção, embora provavelmente não o seja. O estreptococo é o microorganismo que mais freqüentemente ocasiona infecção do aparelho genital. Existem fatores que favorecem o aparecimento da infecção puerperal.

São eles:

- Hemorragia antes do parto
- Parto prolongado
- Traumatismo do parto

Sintomas

- Febre acima de 38,3°C após o 1º dia do puerpério;
- Calafrios;
- Mal-estar geral;
- Dor localizada;

Diagnóstico

- Sinais e sintomas apresentados e cultura de secreção vaginal.

Tratamento

- Antibióticos.

Profilaxia e Cuidados de enfermagem

- Suprimir os focos de infecção da gestante;
- Uso rigoroso de técnicas assépticas durante o parto e o puerpério;
- Cultura dos lóquios da puérpera com hipertemia após as primeiras 24 horas de parto;
- Isolamento das puéperas febris para evitar contaminação de outras pacientes;

PROBLEMAS COM AS MAMAS

- Rachaduras e/ou fissuras
- Mastite puerperal

PSICOSE PUERPERAL

É uma complicação rara, que acontece principalmente em mulheres com histórica psiquiátrica regressa. As causas principais estão relacionados à insegurança, falta de auto-estima, podendo chegar até à perder o filho. As mães solteiras são freqüentemente afetadas, devido à falta de estrutura familiar sólida capaz de ajudá-la a criar o filho.

HEMORRAGIA

É a perda superior a meio litro de sangue durante ou após o terceiro estágio do trabalho de parto, quando a placenta é expulsa. Este distúrbio é a terceira causa mais comum de morte materna durante o parto, após as infecções e complicações da anestesia.

Causas

- Descolamento da placenta.
- Lacerações produzidas por um parto espontâneo

Sintomas

- Sangramento excessivo (pode não ser aparente)
- Útero amolecido e grande
- Sinais de choques hipovolêmico

MEDICAÇÕES USADAS NO PUERPÉRIO

- Estimulantes uterinos - o mais utilizado é o Methergin por via oral,
- Antibióticos
- Analgésicos
- Ocitocina - para estimular a ejeção láctea, em caso de necessidade.
- Metoclopramida - possui efeito prolactinogênico
- Estrogênio - para reduzir a produção de leite devido ao seu efeito antiprolactinogênico.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO

- Receber a paciente e acomodá-la no leito (cama de operado);
- Sinais vitais devem ser verificados a cada 1 h nas primeiras 6 h e 4 vezes ao dia após isso;
- Sono e repouso: adequado e sem interrupção, pois a mãe estará exausta após o parto;
- Exercícios: estimular deambulação precoce após 6 h para parto normal e após 24 h para cesariana;
- Higiene: banho por aspersão, higiene da vulva e períneo várias vezes por dia e após a micção e evacuação, usando água morna e sabão. Os absorventes devem ser trocados várias vezes ao dia.
- Mamas: os mamilos devem ser limpos antes e após as mamadas, mantendo-os secos e protegidos. Os seios devem ser mantidos erguidos, por meio de soutiens ou faixas. Quando as mamas estiverem ingurgitadas fazem-se aplicações de compressas quentes e esvaziamento da mama com bomba;
- Observar:
 - Micção: pode haver retenção urinária nas primeiras horas após o parto;
 - Funcionamento intestinal: é comum a constipação;
 - Involução uterina;
 - Sangramento e lóquios;
 - Episiopatia ou incisão cirúrgica;
 - Orientação de puérpera:
 - Cuidado consigo mesma;
 - Cuidados com o recém – nascido;
 - Volta gradativa as atividades;
 - A importância da higiene e aleitamento materno;

Lactação

Após 24 horas, surge o colostro, que oferece à criança grande quantidade de anticorpos vindos da mãe. O leite aparece após o 3º dia e a sucção é fator fundamental para a manutenção da lactação, pois estimula a liberação

de ocitocina que estimula a ejeção láctea. A secreção láctea finda quando cessa a amamentação. A mãe não deverá amamentar se estiver com febre ou se estiver fazendo uso de antibióticos e hormônios.

ALEITAMENTO MATERNO

FISIOLOGIA DO PROCESSO DE LACTAÇÃO

A glândula mamária se desenvolve a partir da puberdade.

Durante a gravidez, aumenta de tamanho, devido à ação de certos hormônios produzidos pela placenta. Desde o quinto mês de gravidez, os alvéolos começam a produzir um leite especial. Pode-se vê-lo drenar pelos mamilos.

A parte externa da glândula mamária está dividida em: mama (seio), aréola (rodela escura) e mamilo (bico do peito).

A parte interna da glândula mamária é parecida com uma árvore. Cada mama está formada por doze a vinte árvores, os lóbulos. Cada lóbulo é composto por alvéolos (processam a produção do leite), ductos lactíferos (canalizam e transportam o leite); seios lactíferos (recebem e armazenam o leite).

A quantidade de gordura é responsável pelo aumento ou diminuição da mama.

Mama grande ou mama pequena não é indicativo de muito ou pouco leite.

As funções da glândula mamária são:

- Produzir leite. Quanto maior for o estímulo e a confiança da mulher e a sucção do bebê, maior será a produção de leite;
- Bombear o leite até os seios lactíferos (depósitos). A descida do leite pode ser afetada pelas emoções da mãe, medo e nervosismo.

A glândula mamária é comandada pela hipófise

O LEITE HUMANO

A produção do leite humano está relacionada com os hormônios prolactina e ocitocina.

Imediatamente depois do parto, a glândula mamária entra em atividade.

A primeira secreção não é ainda o leite, mas o **colostro**, um líquido amarelo, viscoso, ácido. Depois de três ou quatro dias, o **leite** substitui o colostro. O leite é um líquido branco, opaco, de sabor doce. As mamas são capazes de secretar nas 24 horas de 1.000 a 1.500 gramas de leite. Do ponto de vista da composição química, o leite que mais se aproxima daquele da mulher é o de égua.

TIPOS DE LEITE HUMANO

Colostro

É produzido apenas na primeira semana de vida da criança, em pequena quantidade porque a bebê ainda não consegue trabalhar muita quantidade de leite, mas ao contrário do que parece, é um leite extremamente rico e forte, e contém quase 3 vezes mais proteínas que o leite maduro. Grande parte destas proteínas são Imunoglobulina A - IgA, por isto o colostro também é chamado de 1ª vacina. possui propriedades purgativas que favorecem a evacuação do mecônio contido no intestino do recém-nascido.

Leite de transição

Produzido entre o 7º e o 14º dia após o parto aproximadamente; É um leite mais rico em gorduras, o que o deixa mais gordo, mais calórico, justamente para que a criança recupere o peso perdido nos primeiros 7 dias.

Leite maduro

Esse é o leite definitivo. Sofre alterações na sua composição conforme a alimentação materna, e o momento da mamada. No início é mais rico em proteínas e no final da mamada, mais rico em gorduras, para saciar o apetite da criança. Existem alguns fatores que influenciam na qualidade do leite materno: o mais importante é o representado pela idade da nutriz (o leite mais nutritivo se encontra quando a mãe está entre os vinte e os trinta anos). O leite de uma mãe que já teve filhos é mais abundante. Certas substâncias, alimentos ou medicamentos, tomadas pela nutriz passam no leite. É justamente por esse motivo que se recomenda à mãe uma rigorosa higiene alimentar com a supressão de bebidas alcoólicas, especiarias, alimentos picantes.

O ALEITAMENTO

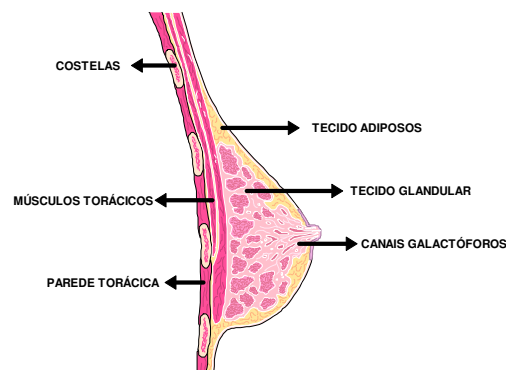
O sistema nervoso tem uma importância determinante, agindo sobre a parte secretória da glândula e sobre o sistema vascular.

Além disso, existe uma correlação direta entre a glândula mamária e o útero: quando o útero expelle o seu conteúdo com o mecanismo do parto, as glândulas tornam-se congestionadas e se preparam para o aleitamento.

O lobo anterior da hipófise secreta um hormônio galactágeno, a prolactina, que favorece o aleitamento.

Os hormônios estrógenos, contrariamente, o dificultam.

Também as condições do espírito influem na secreção láctea: preocupações e emoções modificam a qualidade e a quantidade do leite.



A subida láctea se verifica das 48 às 72 horas depois do parto. Há um aumento de volume dos seios, que são tensos, quentes, dolorosos à palpação.

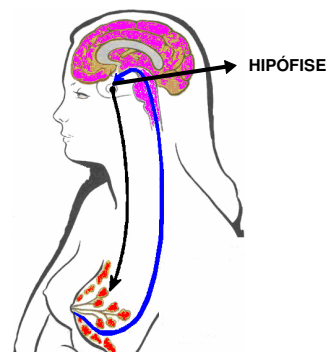
O aumento local da circulação se manifesta com a tensão visível das veias superficiais.

Algumas mulheres acusam, além disso, dor de cabeça, abatimento, aumento das pulsações.

Só excepcionalmente constata-se a febre.

Aproximadamente entre o quarto e o quinto dia de vida do bebê, o seio começa a produzir o leite.

A partir daí, quanto mais o bebê mamar, mais leite vai ser produzido pelas glândulas mamárias.



O leite materno

O Leite Materno é o alimento ideal para o bebê.

- Protege a criança contra doenças infecciosas.
- Contém tudo o que a criança necessita em termos de alimentação.
- Já está pronto para uso, na temperatura certa.
- Não corre o risco de ser contaminado, pois vai direto do seio para a boca do bebê.
- Não causa alergias.
- Possibilita o contato íntimo e direto entre mãe e filho, gratificando ambos.
- Facilita a alimentação do bebê durante a noite.
- Promove o desenvolvimento da face do bebê pelo uso da musculatura facial.

Aspecto Nutricional do Aleitamento Materno

O leite materno é composto pelo colostro, que é o primeiro leite, e que apresenta os níveis mais altos de proteína, servindo para estabilizar os níveis de glicose no sangue do bebê que caem muito, logo após o nascimento. É rico em vitaminas e minerais. O colostro ajuda a limpar a primeira descarga intestinal do recém-nascido, preparando o aparelho digestivo do bebê para receber o leite transicional e o leite amadurecido. O leite é constituído principalmente de água, proteína, lactose, além de apresentar uma suplementação de vitaminas e sais minerais, incluindo cálcio, fósforo, zinco e vitaminas B6, B12, C e D.

Aspecto Imunológico do Aleitamento Materno

O leite materno é composto também de fatores que dão imunidade, já que o recém-nascido não consegue produzir seus próprios anticorpos. Somente aos três meses o bebê terá sua defesa imunológica completa.

Aspecto Morfo-Funcional do Aleitamento Materno

Existe uma grande desproporção entre o crânio cefálico e o crânio facial do recém-nascido, sua mandíbula apresenta-se retraída (mais para trás) em relação à maxila, a sua língua é volumosa frente ao tamanho da cavidade oral e fica numa posição mais baixa da boca.

A sucção tem um papel muito importante no desenvolvimento ósseo-muscular e assim, no equilíbrio do posicionamento das arcadas e da língua. Ao colocar o bebê no seio materno, ele abocanha tanto o bico quanto a auréola, comprimindo com a sua língua o seio contra o palato duro (céu da boca), promovendo a extração do leite. A sucção começa a estimular a mandíbula para frente e para trás, para cima e para baixo, a língua faz um movimento também de frente para trás para jogar o leite para a orofaringe (garganta) ocorrendo uma contração nos lábios e uma estimulação para o bebê respirar pelo nariz, pois não solta o peito enquanto mama.

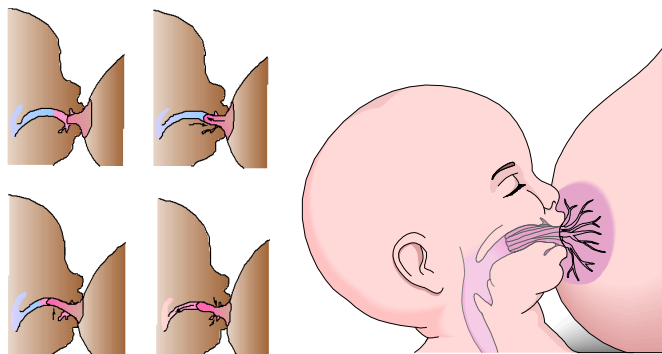
No decorrer dos meses (aproximadamente 3 meses), o bebê passa a ter mais prática nessa movimentação, diminuindo o reflexo de sucção e passando para uma função voluntária, preparando assim sua musculatura para um padrão de sucção mais automatizado, que ocorrerá em torno dos 6 a 7 meses. A sucção fica mais organizada, com início de dissociação da língua, mandíbula e lábios, ou seja, estes órgãos deixam de funcionar como um único bloco, sendo que a mandíbula passa a crescer para baixo e para frente. É também a partir dos 7 meses aproximadamente que o reflexo de deglutição começa a ser mais voluntário iniciando-se a partir daí a mastigação. Assim o bebê fica pronto para começar a receber outros tipos de alimentos, mesmo ainda sendo amamentado no peito.

AMAMENTANDO

A criança deve ser alimentada exclusivamente ao seio materno até os 6 meses de idade. Nesse período não é necessário nenhum tipo de complementação, nem mesmo água.

A puérpera deve-se colocar em uma posição confortável, tanto para ela quanto para seu bebê e oferecer sua mama, de forma que o nenê abocanche o bico e boa parte da aréola; proteger as narinas para que a mama não impeça sua respiração.

O bebê deve abocanhar toda a aréola e não apenas o mamilo. A boca deve ficar totalmente aberta com os lábios (superior e inferior) voltados para fora. Seu queixo deve tocar o seio materno. Assim, assegura-se um adequado esvaziamento dos seios lactíferos, onde se armazena o leite. A sucção deve ser lenta e profunda com pausas coordenadas para a respiração entre as mamadas. O processo é sugar, deglutir e respirar. Se o bebê não pegar corretamente o seio materno ou se a mãe sentir muitas dores no mamilo, a sucção deve ser interrompida, para logo após ser reiniciada.



Caso o bebê aceite, a mãe deve sempre oferecer um seio e depois o outro sem limite de tempo. Assim fazendo, previne-se o ingurgitamento mamário e o aparecimento de rachaduras ou fissuras. Na mamada seguinte, deve ser oferecida a mama sugada por último de forma a garantir o completo esvaziamento dos seios lactíferos. Não devem ser estipulados horários para as mamadas. O RN deve sugar o peito quantas vezes e por quanto tempo desejar. A mãe deve ser orientada para que deixe o bebê soltar o seio espontaneamente antes de oferecer o outro. Contudo, se, por algum motivo, ela necessitar interromper a mamada, pode fazê-lo colocando a ponta do dedo no canto da boca do bebê fazendo com que ele solte o seio sem machucar o mamilo. O tempo médio de duração de uma mamada costuma ser de 10 a 15 minutos. Porém, existem crianças que levam até 30 minutos sugando apenas um seio. É o caso principalmente dos prematuros que costumam ser mais vagarosos do que os RN a termo. As mães não precisam preocupar-se com isso, pois estudos já revelaram que o volume de leite sugado não é diferente em decorrência do tempo de sucção. Ao terminar a mamada, o bebê deve ser colocado para eructar (arrotar). A posição ideal é vertical com a cabeça apoiada sobre o ombro materno. Evita-se assim que o RN regurgite (golfada) e corra o risco de broncoaspirar o leite. Os motivos do desmame estão relacionados a fatores sociais, culturais e emocionais que podem ser amenizados com a orientação, apoio e acompanhamento às nutrizas e demais pessoas envolvidas tais como marido, sogra, vizinha, entre outros. Uma nutriz bem orientada certamente estará envolvida, sensibilizada e fortalecida para o exigente ato de amamentar.

Posicionamento durante a amamentação

É importante frisar que a criança deve ficar com a cabeça ligeiramente mais elevada, ficando todo encostado no corpo e colo da mãe.

Desta maneira evita-se que o leite escorra para a tuba auditiva causando dores de ouvido freqüentes, o que prejudica o desenvolvimento da audição e da linguagem.



Cuidados de Enfermagem

- Promover relaxamento e posicionamento confortável, usando: travesseiros e almofadas para posicionar;
- Técnica de relaxamento respiratório; banquinho ou lista telefônica para apoiar o pé e trazer o joelho para cima.
- Demonstrar as diversas posições:
- Demonstrar e explicar a fonte dos reflexos da criança e mostrar como isso pode ser usado para ajudá-la a pegar o peito.

AVALIAÇÃO DA MAMADA

Posição materna

Qualquer que seja a posição, sentada, deitada, a mãe deve sentir-se confortável e segura para manter o bebê em seus braços pelo tempo que se estender a mamada

Posição do recém-nascido

A criança deverá ficar com o seu corpo voltado para o corpo da mãe, tendo o tórax e o abdômen de frente para o peito materno, de forma que o seu rosto esteja de frente para a mama e a boca no nível e de frente ao mamilo; apoiar o lactente com auxílio de travesseiro ou almofada; manter os apoios do braço e mãos maternas nos ombros e quadril da criança; manter a curvatura natural do corpo do bebê, deixando-o livre para movimentar pernas, braços e cabeça

Condições das mamas

As mamas deverão estar macias e os mamilos flexíveis. Antes de cada mamada, caso a mama apresente tensão e/ou sinais de ingurgitamento, principalmente na região areolar, esta área deverá ser ordenhada para diminuir a tensão e tornar os mamilos flexíveis para facilitar a apreensão do conjunto mamilo-areolar pelo lactente

Busca e apreensão

Estimular a abertura da boca do lactente para que este abocanhe o conjunto mamilo areolar; observar o posicionamento da língua do recém nascido; o posicionamento dos lábios e aconchego do queixo/ mama; estimular a manutenção da apreensão

Frequência e ritmo

A sucção do recém-nascido ao peito se dá em uma média de 2/seg, entrecortada por pausas ocasionais; quando o bebê está mamando adequadamente, ele não apresenta encovamento de bochecha e mantém o lábio colado ao seio materno

Irritabilidade do bebê

Choro alto e contínuo, movimentos de pernas, braços e laterais da cabeça, denunciam algum desconforto ou irritação da criança que podem estar sendo provocados por uma posição inadequada no colo materno, por roupas apertadas ou desconfortáveis, por odores fortes, seja perfume de roupas ou pele muito próximas ao rosto da criança, odores da transpiração ou outro tipo de cheiro não suportado pela criança. Observar obstrução nasal.

Comportamento materno

Além do ambiente calmo, o mais importante é a mãe manter-se calma e disponível para a amamentar. Mães ansiosas, nervosas, temerosas, ou ainda, com pouco tempo de amamentar para realizar outras tarefas, em geral passam esse sentimento para bebê, que por sua vez manifesta irritação e dificuldade de acalmar-se ao seio, interferindo no sucesso da amamentação

EXTRAÇÃO E CONSERVAÇÃO DO LEITE - "ORDENHA"

A extração manual de leite é necessária em algumas circunstâncias, entre elas:

- Para dar Leite Materno ao recém-nascido quando está separado de sua mãe;
- Para aumentar a produção de Leite.
- Para prevenir ou aliviar a congestão mamária.
- Para armazenamento para doação para bancos de leite.

Técnica

- Lavar bem as mãos
- Se possível, ordenhar o leite em um local silencioso e tranquilo.
- Aplique compressa morna nos seios por 3-5 minutos antes de iniciar a ordenha.
- Faça uma massagem circular seguida de outra de trás para frente até o mamilo.
- Estimule suavemente os mamilos estirando-os ou rodando-os entre os dedos.
- Extraia o leite e despreze os primeiros jorros de leite de cada lado.
- Ordenhe o leite para um recipiente limpo de plástico duro ou vidro. Para prematuros o recipiente deve ser esterilizado.
- Coloque o polegar sobre a mama, onde termina a aréola e os outros dedos por debaixo também, na borda da aréola.
- Comprima contra as costelas e também entre o polegar e o indicador, por detrás da aréola.
- Repita o movimento de forma rítmica, rodando a posição dos dedos ao redor da aréola.
- Alterne as mamas cada 5 minutos ou quando diminuir o fluxo de Leite.
- A quantidade de leite que se obtém em cada extração pode variar.
- Depois da ordenha, passe umas gotas de Leite nos mamilos e deixe-os secar ao ar livre.
- A aparência do Leite que se extrai cada vez é variável. Ao princípio é claro e depois do reflexo de ejeção mais branco e cremoso. Alguns medicamentos, alimentos ou vitaminas podem mudar levemente a cor do Leite. As gorduras do Leite bóiam ao guardá-lo.
- Imediatamente após extrair o leite, feche o recipiente e coloque-o sob água com gelo por 1-2 minutos. Marque numa etiqueta a data, hora e quantidade de leite. Então está pronto para guardá-lo na zona mais fria do refrigerador ou congelador. (Nunca na porta!).
- Tente guardar mais ou menos as quantidades que o bebê recebe em cada mamada. Caso vá congelá-lo, deixe espaço no recipiente para algum aumento de volume.

Tempo de Conservação

Método	Bebê normal	Bebê prematuro ou doente
Temperatura ambiente	40 minutos	Não se recomenda
Refrigerador	48 horas	24 horas
Congelador (refrigerador de 1 porta)	Não se recomenda	Não se recomenda
Congelador (refrigerador de 2 portas)	3 meses	3 meses
Congelador profundo (-20°)	1 ano	1 ano

Depois da Extração

Depois da ordenha, passe umas gotas de leite nos mamilos e deixe-os secar ao ar livre.

A aparência do leite que se extrai cada vez é variável. Ao princípio é claro e depois do reflexo de ejeção mais branco e cremoso. Alguns medicamentos, alimentos ou vitaminas podem mudar levemente a cor do leite. As gorduras do leite bóiam ao guardá-lo.

Imediatamente depois de extraí-lo, feche e marque numa etiqueta a data, hora e quantidade.

Instruções para juntar leite fresco ao leite refrigerado

Bebê normal - esfrie bem o leite antes de juntá-lo ao ordenhado anteriormente. Pode-se misturar com leite extraído durante um período de 24 horas.

Bebê prematuro ou doente - não se recomenda misturar leites. Use um recipiente separado para cada ordenha.

Instruções para juntar leite fresco ao leite congelado

Bebê normal - esfrie bem antes de juntá-lo. O leite não deve ser recongelado.

Bebê prematuro ou doente - não se recomenda.

Recongelar

Não se recomenda, uma vez que o leite tenha sido total ou parcialmente descongelado. Por esta razão é melhor esperar para congelar o leite em seu destino final.

Para descongelar o leite

Descongele lentamente deixando-o no refrigerador na noite anterior (o calor excessivo destrói enzimas e proteínas);

Agite o recipiente com leite em água quente, não fervendo;

Descongele a quantidade total, já que as gorduras se separam ao congelar;

Nunca use o microondas;

Depois de descongelado use-o dentro de 24 horas.

COMPLICAÇÕES DURANTE A AMAMENTAÇÃO**A) Ingurgitamento mamário** - peitos muito cheios e doloridos.

O ingurgitamento mamário consiste em parte no aumento da quantidade de sangue e fluídos nos tecidos que suportam a mama (congestão vascular) e de certa quantidade de leite que fica retido na glândula mamária.

Quando isto ocorre, as duas mamas ficam inchadas (aumentam de volume, dolorosas, quentes, vermelhas, brilhantes e tensas por causa do edema (líquido) nos tecidos). A mãe queixa-se de dor principalmente na axila e pode ter febre (a chamada "febre de leite"). O leite pode parar de "descer".

O ingurgitamento geralmente ocorre alguns dias (2 a 5) após o nascimento (na apojadura) ou em qualquer época durante a amamentação, todavia, é mais difícil de acontecer em hospitais onde há alojamento conjunto e sistema de livre demanda precoce.

Para evitar o ingurgitamento:

- As mães devem amamentar no sistema de livre demanda logo após o parto
- Verificar se a criança mama em boa posição desde o primeiro dia
- Para tratar o ingurgitamento:
- Manter a criança sugando
- Se a criança não sugar adequadamente, ajudar à mãe a retirar o leite por expressão manual
- Aconselhar o uso de um sutiã firme a fim de tornar o ingurgitamento menos doloroso
- Indicar a utilização de compressas geladas ou quentes sobre o seio por 1 min, massageando-os e retirando um pouco de leite logo após para aliviar a dor
- Manter essas condutas até que o ingurgitamento desapareça

B) Fissuras do mamilo - bico do peito rachado

As fissuras do mamilo são decorrentes da má posição da criança em relação a mama; do número e duração inadequada das mamadas e principalmente da técnica incorreta de sucção.

Para evitar a fissura:

Orientar as mães durante o pré-natal sobre o preparo da mama e técnicas de amamentação, dando ênfase as estratégias que devem ser utilizadas para o fortalecimento dos tecidos areolar e mamilar, tais como: banho de sol nos seios, fricção de toalha, utilização de sutiã de algodão com orifício na região mamilar.

Para tratar da fissura:

- Corrigir a posição da mamada e orientar a mãe a continuar amamentando
- Aconselhar a mãe a lavar os mamilos apenas uma vez ao dia, quando toma banho
- Aconselhar a mãe a expor os mamilos ao ar e ao sol tanto quanto possível no intervalo das mamadas, ou banho de luz com lâmpadas de 40 watts, colocada a um palmo de distância da mama 10 minutos de cada lado, 3 x dia.
- Aplicar sempre leite materno nos mamilos após as mamadas, pois isto, facilita a cicatrização.

Nos casos graves, dependendo da extensão da fissura, orientar a mãe a suspender a sucção direta ao seio por um período de 24 a 48 h, ordenhar a mama e oferecer o leite na colherinha ou conta-gota.

C) Mastite - inflamação da mama

O acúmulo de leite sem a ordenha de alívio pode facilitar o início da mastite, que é facilmente diagnosticado; mamas quentes, febre, dor a palpação e pode sair pus.

A mastite é mais freqüente na 2ª e 3ª semanas depois do parto. A mãe deverá descansar por mais tempo. Deverá tirar uma licença de seu emprego. Se continuar a trabalhar a infecção poderá retornar.

Para evitar a mastite:

Estimular as mães a amamentar no sistema de livre demanda se o bebê não esvaziar a mama, complete com auto-ordenha, ou solicite colaboração para o esvaziamento por ordenha

Para tratar a mastite:

- Aplicar compressas úmidas e frias sobre a área afetada; antes de cada mamada e se for necessário também nos intervalos, até sentir alívio (5 a 10 min.)
- Amamentar até esvaziar a mama doente

- Massagear delicadamente as áreas doentes enquanto estiver amamentando
- Se necessário orientar a mãe para tomada de analgésico antes de proceder à auto-ordenha
- Usar sutiã que sustente bem a base da mama mas que não aperte a mama
- Se houver demora no início do tratamento, pode se formar um abscesso mamário, e neste caso, suspender a amamentação na mama afetada e encaminhar para a drenagem. Após a cicatrização, retornar a amamentação nos dois seios.

D) Ducto bloqueado - mama empedrada ou ingurgitada

Essa situação é provocada pelo esvaziamento incompleto de um ou mais canais, neste caso, o leite do alvéolo mamário não drena, pois o mesmo encontra-se endurecido bloqueando o canal daquele alvéolo. Uma “tumoração” dolorosa se forma na mama.

A causa exata do ducto bloqueado não está clara, mas pode ser resultado de roupa apertada, ou porque a posição da criança não permite a mesma sugar eficientemente aquela parte da mama.

Para evitar o ducto bloqueado:

- Orientar as mães durante o pré-natal sobre as técnicas de posição e pega de amamentação
- Deixar o bebê sugar até o completo esvaziamento da mama, caso isto não ocorra, proceder a ordenha manual.

Para tratar:

- Auxilie a mãe a melhorar a posição de mamada
- Mostre a mãe as diferentes posições para amamentar de tal modo que o leite seja retirado de todos os segmentos da mama
- Mantenha a criança mamando freqüentemente do lado afetado
- Ensine a mãe como massagear delicadamente a parte afetada em direção ao mamilo para ajudar a esvaziar aquela parte da mama.

QUANTO À MANUTENÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

Mitos e tabus

Leite fraco, leite salgado, pouco leite, arrotar ao seio, minha família não é boa de leite, etc., são relatos freqüentes das mães. Os profissionais devem ter conhecimento da filosofia da lactação e de estratégias que tranquilizem as mulheres, promovendo o aleitamento materno exclusivo durante o relato da mãe da existência de pouco leite ou leite fraco, deve-se avaliar os seguintes pontos: avaliar se a curva de crescimento do bebê está ascendente, realizar a expressão manual da mama para avaliar a produção de leite; observar a existência de algum problema emocional da mãe que possa interferir na produção de leite; reafirmar que não existe leite fraco; recomendar a mãe para tentar repousar entre algumas mamadas e beber mais líquidos; observar se a criança molha a fralda várias vezes ao dia.

PROBLEMAS RELACIONADOS AO BEBÊ

A) Diarréia

Um bebê alimentado com leite materno exclusivo, praticamente não ocorre diarréia aguda infecciosa, mas ocorrendo, o leite de peito deve ser dado em intervalos curtos.

Não deve-se confundir as fezes semi líquidas e freqüentes do bebê que mama no peito com diarréia. Estas são as fezes normais do leite do peito. Não dar remédios e nunca trocar o leite, (algumas pessoas inexperientes atribuem essas evacuações a “alergia” ao leite de peito ou a infecção intestinal).

O profissional de saúde deve orientar a mãe que a criança alimentada com mamadeira tem risco de vir a ter diarréia 14 a 25 vezes mais que uma criança amamentada exclusivamente ao peito. .

B) Pseudo-constipação intestinal (“Prisão de Ventre”)

Nos primeiros dias de vida, o bebê evacua após cada mamada, depois o intervalo das evacuações vai sendo progressivamente aumentado. Alguns bebês têm dificuldade em evacuar; fazem força, ficam vermelhos e choram; as fezes são semi-líquidas, coalhadas.

Trata-se de uma incoordenação reto-anal por imaturidade do esfíncter anal: o bebê faz força para evacuar mas o ínter não abre. Pode-se ajudar a criança a evacuar, fazendo massagens no abdome, flexionando firmemente suas pernas e coxas sobre o abdome e estimulando o esfíncter anal (basta introduzir e retirar em seguida, um supositório de glicerina) não se trata de uma verdadeira constipação, é erro indicar alimentos laxantes como mel, suco, ameixa preta e etc..A partir do 2º mês, alguns bebês evacuam em intervalos longos (Até 1 semana). Observar se o crescimento da criança é normal, se não ocorre distensão abdominal acentuada e se as fezes são moles. Neste caso, considerar normal. Não dar alimentos, laxantes e remédios; só se a criança se mostrar muito incomodada, auxiliar com supositório de glicerina e as manobras referidas.

C) RN de baixo peso

É possível alimentar praticamente todos os RN de baixo peso com o leite da própria mãe. Os RN são capazes de sugar e deglutir a partir de 34 semanas de gestação. Entretanto, podem ser incapazes de sugar com força suficiente para ingerir tudo que necessitam até que atinjam peso de aproximadamente 1800 gramas.

Quando uma criança é prematura, o leite de sua mãe contém mais proteínas que o leite maduro. Os prematuros precisam de quantidade extra de proteínas. Quando recebem o leite da própria mãe crescem melhor do que quando recebem leite maduro de outra mulher.

Deve-se alimentar um RN de baixo peso seguindo determinados passos:

- A mãe deve retirar o leite por expressão manual, o mais cedo possível após o parto. Para manter boa produção retirar após cada mamada, isto é, a cada 3 horas; dia e noite, ou oito vezes em 24 horas
- RN com peso inferior a 1600 g geralmente precisam receber alimentação por sonda nasogástrica. O leite deverá fluir de uma seringa por gravidade
- Quando a criança pesa 1600 g e consegue engolir a mãe pode dar o leite retirado para a criança com uma pequena xícara ou copinho de café descartável.
- Quando pesa mais de 1600g a criança também pode tentar sugar, isto permite que aprenda a sugar e estimula os reflexos de produção do leite, ajuda a digestão e desenvolve o crescimento. Ajude a criança a “pegar” a mama em boa posição. UM RN de baixo peso provavelmente poderá mamar adequadamente, mais cedo, se sugar numa boa posição desde o começo.
- Inicialmente ele suga algumas vezes, descansa e, então, suga novamente. Não retire o RN da mama enquanto ele descansa.
- Depois que a criança sugar tudo o que pode, deve-se retirar o leite por expressão manual e dar uma quantidade medida desse leite com uma xícara ou copinho de café descartável
- Mantenha a criança aquecida, pois o RN de baixo peso ficam frios facilmente, estando mal-aquecidos gastam toda a energia obtida através da alimentação tentando manter o calor de seu organismo, por isso não ganha peso. Um bom método de aquecimento é a criança dormir com a mãe no mesmo cobertor ou a mãe carregar o RN por dentro da roupa, entre as mamas. Pese a criança regularmente para ter certeza de que ela está ganhando peso.

Princípios para promover uma amamentação eficaz

Antes de dar o peito, esvaziar a aréola para facilitar a pega.

Mostrar como segurar a mama com os dedos em baixo e o polegar em cima; desta forma ela pode posicionar o mamilo diretamente na boca da criança (evitar segurar em tesoura).

Deixar que a própria criança pegue o peito. A mãe pode orientar, colocando o mamilo na bochecha do bebê para estimular o reflexo de busca.

Esperar que o bebê abra bem a boca e movê-lo em direção à mama.

A criança deve estar com o corpo encostado no da mãe

O rosto da criança deve estar próximo da mama de modo que o queixo possa tocar a mama.

A boca da criança deve estar bem aberta para poder abocanhar grande parte da aréola.

O lábio inferior deve estar voltado para fora e cobrir quase toda a porção inferior da aréola, enquanto a parte superior da aréola é a que pode aparecer mais.

Observar o deslizamento do queixo indicando a boa pega e a sucção.

Observar a criança tranqüila, engolindo em ritmo regular, devagar e em goles profundos.

A mãe não se queixa de dor quando a pega é correta.

Instruir para oferecer ambos os lados a cada amamentação, alternando a mama pela qual inicia.

Demonstrar como usar o dedo mínimo no canto da boca do bebê, para romper o vácuo, e ele soltar o peito sem machucar.

Amamentação ineficaz

Estado no qual a mãe e/ou a criança experimentam insatisfação ou dificuldade com o processo de amamentação.

CUIDADOS COM OS SEIOS DA PUÉRPERA

- Adotar a técnica correta de amamentação-interpretar a mamada, de modo a não causar lesão ao mamilo
- Retirar o bebê da mama quando ele estiver fazendo desta uma chupeta. Colocar o dedo mindinho no canto da boca do bebê. Ele soltará o bico sem machucar a mãe -esgotar um pouco de leite, com as mãos, sempre que as mamas estiverem cheias.
- Evitar o uso de esgotadeira e de absorvente mamário. Irritam a pele -usar sutiã firme e sem costuras. Trocar sempre que estiver molhado. Este procedimento previne mastites (infecção na mama)
- Expor as mamas ao sol. Não usar pomadas e nem cremes sobre o bico do peito. Usar sim, o próprio leite.
- Amamentar sempre que a criança sentir fome. Ignorar horários rígidos
- Retirar o leite com as mãos, a cada três horas, sempre que a mama estiver pesada.
- Amolecer a mama antes do bebê mamar. Retirar um pouco de leite com as mãos
- Evitar que o bebê faça do mamilo uma chupeta
- Inibir o uso de compressas quentes sobre as mamas.
- Manter os mamilos limpos, secos e arejados após a amamentação.

Casos para suspensão da amamentação

- A mãe contaminada pelo vírus da AIDS
- Herpes simples na mama da nutriz
- Varicela quando aparecer cinco dias antes e dois dias depois do parto
- Doença de Chagas, Febre Amarela, Hepatite, Malária, Picada de Aranha e Sífilis
- Hanseníase (lepra), Herpes Simples na boca ou nas mãos e Tuberculose Pulmonar
- Bebê com Fenilcetonúria (teste do pezinho).

RECÉM NASCIDO

Os RNs podem ser classificados de acordo com o peso, a idade gestacional (IG) ao nascer e com a relação entre um e outro. Esta classificação é de fundamental importância pois ao permitir a antecipação de problemas relacionados ao peso e/ou à IG quando do nascimento, possibilita o planejamento dos cuidados e tratamentos específicos, o que contribui para a qualidade da assistência.

CLASSIFICAÇÃO DE ACORDO COM O PESO

RN de baixo-peso - todo bebê nascido com peso igual ou inferior a 2.500 gramas. Como nessa classificação não se considera a IG, estão incluídos tanto os bebês prematuros quanto os nascidos a termo. Nesse grupo há um elevado percentual de morbimortalidade neonatal, devido à não-disponibilidade de assistência adequada durante o pré-natal, o parto e o puerpério e/ou pela baixa condição socioeconômica e cultural da família, o que pode acarretar graves consequências sociais.

CLASSIFICAÇÃO DE ACORDO COM A IG

Considera-se como IG ao nascer, o tempo provável de gestação até o nascimento, medido pelo número de semanas entre o primeiro dia da última menstruação e a data do parto. O tempo de uma gestação desde a data da última menstruação até seu término é de 40 semanas. Sendo assim, considera-se:

RN Pré-Termo

É a criança nascida em um período inferior a 37 semanas de gestação, que apresenta as seguintes características:

- Estatura geralmente inferior a 47 cm.
- Peso geralmente inferior a 2.500 kg (o RN a termo que apresenta este mesmo peso é chamado de PIG - pequeno para a idade gestacional).
- Edema ocular intenso.
- Membros compridos em relação ao corpo.
- Excesso de lanugem.
- Ausência de vérnix caseoso.
- Testículos geralmente ausentes da bolsa escrotal.
- Intenso edema dos grandes lábios.
- Predisposição a infecções.
- Reflexos deficientes.
- Insuficiência respiratória grave
- Predisposição á hemorragias.

RN a Termo

É a criança nascida entre 38 a 40 semanas da gestação, que apresenta as seguintes características

- Vérnix caseoso (substância gordurosa e esbranquiçada que recobre o corpo para proteção da pele).
- Milia sebácea(pequenos pontos de acúmulo de gordura na pele sempre localizados na face).
- Manchas Mongólicas(manchas azuladas que aparecem geralmente na região glútea, podendo diminuir ou perdurar por toda a vida).
- Lanugem (pelos finos e felpudos que recobre, todo o corpo e desaparecem após o primeiro mês de vida).
- Fontanelas (partes moles existentes entre os ossos do crânio e que se fecham com o decorrer do crescimento) as fontanelas deverão apresentar-se planas.
- A cabeça é grande em relação ao corpo (sendo o perímetro cefálico de 33 á 35 cm normal), pode ocorrer uma sobreposição dos ossos do crânio, devido a uma adaptação ao canal de parto, voltando a posição normal logo nas primeiras horas de vida.
- Bossas (saliências no couro cabeludo, que ocorrem devido a pressões sofridas pelos tecidos durante o trabalho de parto), podem ser edemas ou hematomas que desaparecem na primeira semana.
- Tórax (podem apresentar tumefação dos mamilos)
- O abdômen apresenta-se abaulado pelo aumento fisiológico do fígado e baço.
- Membros curtos em relação ao corpo.
- Reflexo de moro (hiperextensão dos quatro membros, seguida de flexão).
- Freqüência cardíaca(FC) em média de 140 bat/min.
- Freqüência respiratória (FR) de 30 a 60 respiração/min, caracteriza-se por ser uma respiração abdominal superficial.
- P.A aproximadamente de 80 x 40 mmHg.
- O cordão umbilical possuem 2 artérias e 1 veia.
- Instabilidade térmica (queda de temperatura caso não seja corretamente aquecido).

RN Pós Termo

É a criança nascida após 41 semanas de gestação, que apresenta as seguintes características:

- Deslocamento quase total do vérnix caseoso.
- Pele enrugada.
- Pouca lanugem.
- Variação da FC por estar entrando em sofrimento fetal.

Quanto menor a IG ao nascer, maior o risco de complicações e a necessidade de cuidados neonatais adequados.

Se o nascimento antes do tempo acarreta riscos para a saúde dos bebês, o nascimento pós-termo também. Após o período de gestação considerado como fisiológico, pode ocorrer diminuição da oferta de oxigênio e de nutrientes e os bebês nascidos após 42 semanas de gestação podem apresentar complicações respiratórias e nutricionais importantes no período neonatal.

CARACTERÍSTICAS DOS RN

Peso - é influenciado por diversas condições associadas à gestação, tais como fumo, uso de drogas, paridade e alimentação materna.

Os RNs apresentam durante os cinco primeiros dias de vida uma diminuição de 5 a 10% do seu peso ao nascimento, chamada de perda ponderal fisiológica, decorrente da grande eliminação de líquidos e reduzida ingesta. Entre o 8º (RN a termo) e o 15º dia (RN prematuros) de vida pós-natal, os bebês devem recuperar o peso de nascimento.

Sinais vitais - refletem as condições de homeostase dos bebês, ou seja, o bom funcionamento dos seus sistemas respiratório, cardiocirculatório e metabólico; se os valores encontrados estiverem dentro dos parâmetros de normalidade, temos a indicação de que a criança se encontra em boas condições no que se refere a esses sistemas.

Os RNs são extremamente termolábeis, ou seja, têm dificuldade de manter estável a temperatura corporal, perdendo rapidamente calor para o ambiente externo quando exposto ao frio, molhado ou em contato com superfícies frias. Além disso, a superfície corporal dos bebês é relativamente grande em relação ao seu peso e eles têm uma capacidade limitada para produzir calor.

Atitude e postura dos RNs - nos primeiros dias de vida, refletem a posição em que se encontravam no útero materno.

Pele do RN - fornece importantes informações acerca do seu grau de maturidade, nutrição, hidratação e sobre a presença de condições patológicas. A pele do RN a termo, AIG e que se encontra em bom estado de hidratação e nutrição, tem aspecto sedoso, coloração rosada (nos RNs de raça branca) e/ou avermelhada (nos RNs de raça negra), turgor normal e é recoberta por vernix caseoso – Substância branco-acinzentada, formada por secreções de glândulas sebáceas, pelos e células epiteliais, que cobre a pele do feto e do RN, protegendo e hidratando-a. Nos bebês prematuros, a pele é fina e gelatinosa e nos bebês nascidos pós-termo, grossa e apertada, com presença de descamação — principalmente nas palmas das mãos, plantas dos pés — e sulcos profundos. Têm também turgor diminuído.

a) **Eritema tóxico** - consiste em pequenas lesões avermelhadas, semelhantes a picadas de insetos, que aparecem em geral após o 2º dia de vida. São decorrentes de reação alérgica aos medicamentos usados durante o trabalho de parto ou às roupas e produtos utilizados para a higienização dos bebês.

b) **Millium** - são glândulas sebáceas obstruídas que podem estar presentes na face, nariz, testa e queixo sob a forma de pequenos pontos brancos.

c) **Manchas mongólicas** - manchas azuladas extensas, que aparecem nas regiões glútea e lombossacra. De origem racial – aparecem em crianças negras, amarelas e índias - costumam desaparecer com o decorrer dos anos.

d) **Petéquias** - pequenas manchas arroxeadas, decorrentes de fragilidade capilar e rompimento de pequenos vasos. Podem aparecer como consequência do parto, pelo atrito da pele contra o canal do parto, ou de circulares de cordão — quando presentes na região do pescoço. Estão também associadas a condições patológicas, como septicemia e doenças hemolíticas graves.

e) **Cianose** - quando localizada nas extremidades (mãos e pés) e/ou na região perioral e presente nas primeiras horas de vida, é considerada como um achado normal, em função da circulação periférica, mais lenta nesse período. Pode também ser causada por hipotermia, principalmente em bebês prematuros. Quando generalizada é uma ocorrência grave, que está em geral associada a distúrbios respiratórios e/ou cardíacos.

f) **Icterícia** - é uma condição comum em recém-nascidos. Refere-se à cor amarela da pele e do branco dos olhos que é causada pelo excesso de bilirrubina no sangue. A bilirrubina é um pigmento normal, amarelo, gerado pelo metabolismo das células vermelhas do sangue. A criança fica icterícia quando a formação de bilirrubina é maior do que a capacidade do seu fígado de metabolizá-la. A icterícia normalmente aparece ao redor do segundo ou terceiro dia de vida. Começa pela cabeça e progride para baixo. A pele de um bebê icterício ficará amarela primeiro na face, depois no tórax, no abdômen e, finalmente, nas pernas. O branco dos olhos de uma criança também poderá ficar amarelo. Um teste simples para icterícia é apertar suavemente com a ponta do dedo a ponta do nariz ou a testa da criança. Se a pele permanece branca (este teste funciona para todas as raças) não há icterícia; se a cor for amarelada requer algum tipo de tratamento.

Se a icterícia atingir níveis mais altos, fototerapia (banhos de luz) pode ser necessária.

g) **Edema** - o de membros inferiores, principalmente, é encontrado com frequência em bebês prematuros, devido as suas limitações renais e cardíacas decorrentes da imaturidade dos órgãos. O edema generalizado (anasarca) ocorre associado à insuficiência cardíaca, insuficiência renal e distúrbios metabólicos.

Cabelos do RN - a termo são em geral abundantes e sedosos; já nos prematuros são muitas vezes escassos, finos e algodoados. A implantação baixa dos cabelos na testa e na nuca pode estar associada à presença de malformações cromossômicas. Alguns bebês podem também apresentar lanugem – pêlos finíssimos,

descolorados, presentes em geral nas áreas dos ombros e do dorso, mais freqüentemente observada em bebês prematuros.

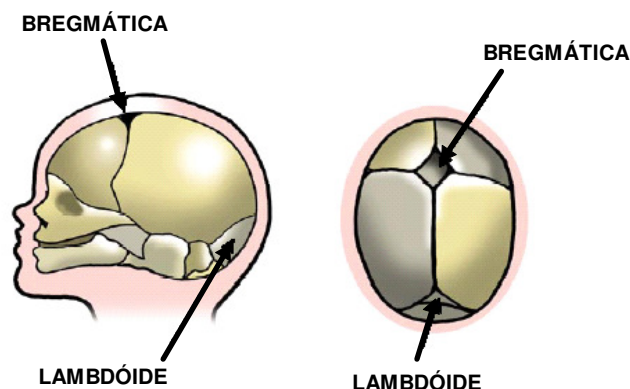
Unhas - geralmente ultrapassam as pontas dos dedos ou são incompletas e até ausentes nos prematuros.

Ossos da cabeça - Ao nascimento os ossos da cabeça não estão ainda completamente soldados e são separados por estruturas membranosas denominadas **suturas**. Assim, temos a sutura sagital (situada entre os ossos parietais), a coronariana (separa os ossos parietais do frontal) e a lambdóide (separa os parietais do occipital).

Entre as suturas coronariana e sagital está localizada a grande **fontanela** ou fontanela bregmática (moleira), que tem tamanho variável e só se fecha por volta do 18º mês de vida.

Existe também outra fontanela, a lambdóide ou pequena fontanela, situada entre as suturas lambdóide e sagital. É uma fontanela de pequeno diâmetro, que em geral se apresenta fechada no primeiro ou segundo mês de vida.

A presença dessas estruturas permite a moldagem da cabeça do feto durante sua passagem no canal do parto. Esta moldagem tem caráter transitório e é também fisiológica.



Olhos dos RN - podem apresentar alterações sem maior significado, tais como hemorragias conjuntivais e assimetrias pupilares. A visão dos bebês é melhor a uma distância de 20 a 25 cm da face.

Orelhas - devem ser observadas quanto à sua implantação que deve ser na linha dos olhos. Implantação baixa de orelhas é um achado sugestivo de malformações cromossômiais.

Nariz - a principal preocupação é quanto à presença de atresia de coanas e estreitamento dos espaços entre os cornetos nasais, que acarreta insuficiência respiratória grave. A passagem da sonda na sala de parto, sem dificuldade, afasta essa possibilidade.

Boca - deve ser observada buscando-se avaliar a presença de dentes precoces, fissura labial e/ou fenda palatina.

Pescoço do RN - é em geral curto, grosso e tem boa mobilidade. Diminuição da mobilidade e presença de massas indicam patologia, o que requer uma avaliação mais detalhada.

Tórax - forma cilíndrica, tem como características principais um apêndice xifóide muito proeminente e a pequena espessura de sua parede. Muitos RNs, de ambos os sexos, podem apresentar hipertrofia das glândulas mamárias, como conseqüência da estimulação hormonal materna recebida pela placenta. Essa hipertrofia é bilateral. Quando aparece em apenas uma das glândulas mamárias, em geral é conseqüência de uma infecção por estafilococos.

Abdômen - também apresenta forma cilíndrica e seu diâmetro é 2-3cm menor que o perímetro cefálico. Em geral, é globoso e suas paredes finas possibilitam a observação fácil da presença de hérnias umbilicais e inguinais, principalmente quando os bebês estão chorando e nos períodos após a alimentação.

A distensão abdominal é um achado anormal e quando observada deve ser prontamente comunicada, pois está comumente associada a condições graves como septicemia e obstruções intestinais.

A observação do abdômen do bebê permite também a avaliação do seu padrão respiratório, uma vez que a respiração do RN é do tipo abdominal. A cada incursão respiratória pode-se ver a elevação e descida da parede abdominal, com breves períodos em que há ausência de movimentos.

Esses períodos são chamados de pausas e constituem um achado normal, pois a respiração dos neonatos tem um ritmo irregular. Essa irregularidade é observada principalmente nos prematuros.

Coto umbilical - aproximadamente até o 4º dia de vida, apresenta-se com as mesmas características do nascimento - coloração branco-azulada e aspecto gelatinoso. Após esse período, inicia-se o processo de mumificação, durante o qual o coto resseca e passa a apresentar uma coloração escurecida.

A queda do coto umbilical ocorre entre o 6º e o 15º dia de vida.

Genitália masculina - pode apresentar alterações devido à passagem de hormônios maternos pela placenta que ocasionam, com freqüência, edema da bolsa escrotal, que assim pode manter-se até vários meses após o nascimento, sem necessidade de qualquer tipo de tratamento.

A palpação da bolsa escrotal permite verificar a presença dos testículos, pois podem se encontrar nos canais inguinais.

A glande está sempre coberta pelo prepúcio, sendo então a fimose uma condição normal. Deve-se observar a presença de um bom jato urinário no momento da micção.

Genitália feminina - A transferência de hormônios maternos durante a gestação também é responsável por várias alterações na genitália feminina. A que mais chama a atenção é a genitália em couve-flor.

Pela estimulação hormonal o hímen e os pequenos lábios apresentam-se hipertrofiados ao nascimento não sendo recobertos pelos grandes lábios. Esse aspecto está presente de forma acentuada nos prematuros.

É observada com frequência a presença de secreção vaginal, de aspecto mucóide e leitoso. Em algumas crianças pode ocorrer também sangramento via vaginal, denominado de menarca neonatal ou pseudomenstruação.

Ânus - a principal observação a ser feita diz respeito à permeabilidade do orifício. Essa avaliação pode ser realizada pela visualização direta do orifício anal e pela eliminação de mecônio nas primeiras horas após o nascimento.

Eliminações vesicais e intestinais - o RN elimina urina várias vezes ao dia.

A primeira diurese deve ocorrer antes de completadas as primeiras 24 horas de vida, apresentando, como características, grande volume e coloração amarela-clara.

As primeiras fezes eliminadas pelos RNs consistem no mecônio, formado intra-uterinamente, que apresenta consistência espessa e coloração verde-escura.

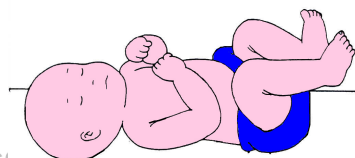
Sua eliminação deve ocorrer até às primeiras 48 horas de vida.

Quando a criança não elimina mecônio nesse período é preciso uma avaliação mais rigorosa pois a ausência de eliminação de mecônio nos dois primeiros dias de vida pode estar associada a condições anormais (presença de rolha meconial, obstrução do reto). Com o início da alimentação, as fezes dos RNs vão assumindo as características do que se costuma denominar fezes lácteas ou fezes do leite. As fezes lácteas têm consistência pastosa e coloração que pode variar do verde, para o amarelo esverdeado, até a coloração amarelada. Evacuem várias vezes ao dia, em geral após a alimentação.

REFLEXOS DO RECÉM-NASCIDO

Reflexo de Moro

Quando o recém-nascido se assusta, seus membros superiores e inferiores balançam para fora e para frente, num movimento lento, com os dedos esticados



Reflexo de Rotação

Quando qualquer um dos extremos da boca de recém-nascido é tocado, ele vira a cabeça para esse lado. Este reflexo permite que o recém-nascido encontre o mamilo

Reflexo de Sucção

Quando um objeto é colocado na boca do recém-nascido, ele começa a sugar.

Reflexo de Retirada

O bebê retira o pé quando a sola é estimulada com um alfinete

Reflexo de Marcha

Quando o bebê é seguro na posição ereta por um adulto e depois é movido para frente, começa a mover-se como que dando passos ritimados.

Reflexo de Preensão Palmar

Quando um objeto é colocado na palma da mão do bebê, ele o agarra.



Reflexo de Piscar

Em resposta à luz ou ruídos fortes, o bebê fecha os olhos

Reflexo de Babinski

Quando a sola do pé é acariciada do calcanhar em direção aos dedos, os dedos dos pés do bebê se distendem.



CUIDADOS IMEDIATOS COM O RN

Os cuidados imediatos ao RN são aqueles dispensados logo após o nascimento, ainda na sala de parto.

Os principais objetivos são: auxiliar o bebê a fazer a transição da vida intrauterina para a vida extra-uterina, assegurar a manutenção de sua temperatura corporal e promover o elo afetivo entre RN - mãe e seus familiares.

Antes de se prestar os cuidados imediatos ao RN, é preciso providenciar e verificar o funcionamento dos equipamentos e os materiais necessários a essa assistência, que são:

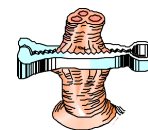
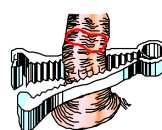
- Berço aquecido e/ou incubadora;
- Campos aquecidos ou toalha ou cobertores;
- Material para aspiração: bulbo (pêra), aspirador à vácuo, sondas de aspiração n° 6, 8 e 10, sonda gástrica n° 8 e seringa de 20 ml;
- Material para ventilação: ambu, máscaras faciais (tamanhos para rn a termo e prematuro - de preferência acolchoadas) e fonte de oxigênio com fluxômetro;
- Material para intubação: laringoscópio com lâmina reta n. 0 e 1, lâmpadas e pilhas para o laringoscópio, cânulas traqueais n. 2.5, 3.0, 3.5, 4.0, tesoura, luvas estéreis;
- Medicações: adrenalina, bicarbonato, glicose a 10%, água destilada, solução fisiológica a 0,9%;

- g) Estetoscópio;
 h) Esparadrapo;
 i) Seringas (1ml, 3ml, 5ml, 10ml, 20 ml) e agulhas (13 x 4,5 ou 25 x7).

CUIDADOS IMEDIATOS

Na sala de parto

- Ligar previamente o berço aquecido, que deverá estar limpo e forrado com lençol.
- Pré-aquecer o campo esterilizado no qual será envolto o RN.
- Estar paramentado conforme a rotina, sendo indispensável o uso de luvas estéreis para a manipulação do RN.
- Anotar o horário correto do nascimento.
- Aspiração de vias aéreas superiores
- Fornecer oxigênio úmido, através de máscara própria.
- Credé ou credeização - instilação de duas gotas de nitrato de prata a 1% no canto interno de cada olho, prevenindo a oftalmia gonocócica. No caso de meninas, em algumas unidades de saúde utiliza-se a aplicação de nitrato de prata no orifício externo da vagina.
- Administrar vitamina K - prevenir a doença hemorrágica no período neonatal. Aplica-se na região vasto-lateral da coxa por via IM ou gotas por VO.
- Colher sangue do cordão umbilical - avaliar as condições do RN, podendo ser usado para identificação da tipagem sanguínea, de doenças transmissíveis, análise bioquímica, etc.
- Laqueadura do cordão - Colocar Cord Clamp (clamp de cordão) no coto umbilical deixando-o com apenas 2 cm de comprimento.



- Em seguida, o bebê pode então ser colocado sobre a mãe ou no berço aquecido.
- Verificar o sexo da criança, informando a mãe de forma clara e precisa.
- Identificação - Cada bebê e sua mãe devem ser corretamente identificados antes de deixarem a sala de parto. Para a identificação, utiliza-se pulseira própria, na qual devem constar o nome e sobrenome da mãe, a data e a hora do nascimento, colocando-a no punho e no tornozelo do RN. Em casos de partos múltiplos, a ordem de nascimento deverá ser especificada nas pulseiras por meio de números (1, 2, 3 ...) após o nome da mãe. Outro ponto a ser lembrado consiste no registro no prontuário do RN de sua impressão plantar e a impressão do polegar direito da mãe. A identificação do RN deve ser conferida cada vez que ele for levado para a mãe ou transferido de berço por qualquer motivo.
- Aquecimento - Após o nascimento, colocar o bebê sob fonte de calor radiante (berço aquecido e foco de luz), previamente aquecido, oferecendo um ambiente térmico adequado e secar rapidamente sua cabeça e seu corpo com uma toalha ou cobertor pré-aquecido. Caso o RN esteja bem, este será colocado sobre a mãe e amamentado. O resfriamento do bebê após o nascimento pode ser consideravelmente reduzido quando o ar condicionado da sala de parto é desligado. Os cuidados de secagem do bebê e a substituição da toalha molhada por outra seca vão fazer com que o bebê reduza a perda de calor por evaporação do líquido amniótico que molha sua pele.

- Observar presença de máis formações aparentes.
- Apgar - A avaliação do RN deve começar no momento do nascimento, utilizando a Escala de Apgar, no qual são observados cinco sinais: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor.

Cada sinal é avaliado de acordo com o grau em que está presente e recebe uma nota de 0 (zero), 1 (um) e 2 (dois).

Essa avaliação é feita no primeiro e no quinto minuto após o nascimento.

Caso, no quinto minuto, o índice persista abaixo de 7, é necessário reavaliar o bebê a cada 5 minutos até que ele atinja o índice (nota) igual ou maior que 8.

	NOTA 0	NOTA 1	NOTA 2
APARÊNCIA			
PULSO	SEM PULSO	<100/min.	>100/min.
CHORO			
ATIVIDADE			
RESPIRAÇÃO	SEM RESPIRAÇÃO	LENTA	CHORO FORTE

- Encaminhar o RN ao berçário com os papéis de rotina devidamente preenchidos.

CUIDADOS MEDIATOS AO RN

São aqueles realizados no berçário ou no alojamento conjunto. Têm como objetivos ajudar o RN a adaptar-se à vida extra-uterina, prevenir possíveis complicações que possam advir e detectar precocemente qualquer anormalidade.

Ao chegar ao berçário, o RN deve ser colocado em um berço ou incubadora aquecida, procedendo-se a sua admissão no setor, com registro da hora e de suas condições gerais. O RN pode também ser encaminhado

diretamente da sala de parto para o setor de alojamento conjunto. Nesses casos a admissão e os demais cuidados serão providenciados lá.

No momento da admissão e nas primeiras horas de vida é necessário proceder a uma avaliação dos sinais vitais, com especial atenção às condições respiratórias, coloração da pele, presença de secreções em vias aéreas superiores e de sangue no coto umbilical.

Durante esse período de observação, o técnico de enfermagem deve preparar o ambiente e o material necessário para prestar os cuidados mediatos. Não existe uma seqüência rígida na realização dos cuidados mediatos com o RN. Depende das condições do bebê ou da rotina estabelecida na Instituição.

1 - Cuidados com o RN no berçário ou alojamento conjunto

- Estar corretamente paramentado conforme rotina
- Checar o preenchimento correto dos papéis.
- Checar a identificação do RN.
- Manter o RN aquecido e em decúbito lateral (riscos de hipotermia e da bronco aspiração).
- Lavar as mãos antes e depois de tocar em cada RN para prevenir o impetigo.
- Aspirar as secreções das V.A.S. sempre que necessário.
- Observar atentamente o nível de oxigenação do RN
- Pesar o RN diariamente, lembrando que nos primeiros dias de vida, ocorre uma perda de peso de até 10% (perda ponderal), sempre seguindo as técnicas de pesagem.
- Fazer a higiene sempre que necessária do RN, lembrando que o aspecto normal das fezes é pastoso, de coloração verde escura.
- Observar eliminação urinária e ainda seu aspecto, quantidade e freqüência.
- Usar sabonete de glicemia para o banho, realizando a retirada do vérnix caseoso das dobras da pele, delicadamente.
- Anotar corretamente os procedimentos executados e as alterações observadas.
- É importante lembrar que após cada mamada, o RN deverá ser mantido em decúbito lateral por causa do risco de bronco aspiração.

2 - Aferição de sinais vitais

Os sinais vitais devem ser sempre verificados antes da realização de qualquer procedimento e nunca após, pois podem alterar-se.

Não existe diferença na verificação dos sinais vitais em RN.

No entanto, precisamos atentar para alguns cuidados, pois alguns RNs podem ficar agitados ou chorosos quando manipulados pelos profissionais de saúde e isso pode alterar os valores da freqüência cardíaca (pulso apical) e da respiração.

Assim, é recomendável iniciar a verificação dos sinais vitais a partir da freqüência respiratória, passando para a freqüência cardíaca e por último à temperatura corporal.

Os parâmetros de normalidade dos sinais vitais no RN são:

- Freqüência respiratória - 25/60 incursões respiratórias por minuto;
- Freqüência cardíaca - 120/180 batimentos por minuto;
- Temperatura - 36,0 a 37,0°C (axilar).

a) Verificação da respiração (R)

A respiração deve ser avaliada durante um minuto completo.

- No lactente e sobretudo no recém-nascido prematuro, os movimentos respiratórios podem ser irregulares, arrítmicos, intermitentes e ainda com alternância da profundidade. Existem dois tipos de movimentos respiratórios: torácico (costal) e abdominal (diafragmático).
- No lactente é normal a respiração abdominal. A respiração torácica nessa idade indica anormalidade. O tipo torácico predomina após os sete anos.

Ao verificar a respiração, devemos atentar também para sua profundidade, bem como para a identificação de eventuais sinais de cansaço, cianose, batimentos das asas do nariz.

Faixa Etária	Freqüência Respiratória
Recém-nascido	35 a 40 mpm
Lactente	25 a 35 mpm
Pré-escolar	20 a 25 mpm
Escolar	18 a 20 mpm
12 anos	16 a 20 mpm

b) Verificação da freqüência cardíaca (FC)

Essa verificação em recém-nato é mais confiável quando realizada por meio do pulso apical, quando colocamos o estetoscópio sobre o tórax, entre o esterno e o mamilo esquerdo do bebê.

A freqüência do coração é contada durante um minuto, prestando-se atenção ao ritmo e à força de pulsação.

Técnica para verificação de FC

Lactente e escolares: colocar o estetoscópio entre o mamilo esquerdo e o externo, verificar a FC durante 1 (um) minuto.

Observar:

Frequência (Bradicardia, monocardia, taquicardia)

Ritmo (rítmico e arritmico)

Valores normais da FC	Idade	Varição
	0 a 30 dias	120 a 160
	1 a 12 meses	110 a 140
	1 a 3 anos	110 a 130
	3 a 6 anos	110 a 125

c) Verificação da temperatura (T)

A verificação de temperatura corporal pode ser medida no reto ou na axila. No entanto, quando há necessidade de constantes aferições, a introdução freqüente de um termômetro no reto pode causar danos à mucosa retal, sendo recomendável a verificação de preferência na axila.

Determinação da Frequência e Características Respiratórias

- Observar durante um minuto cada inspiração/expiração como um movimento expiratório;
- Verificar a respiração antes dos outros sinais vitais em decorrência das alterações provocadas pelo choro;
- Observar dificuldade respiratória e presença de secreções;
- Efetuar o registro das condições respiratórias e tomar providências se estiverem alteradas

3 – Verificação das medidas antropométricas

Nessas medidas verifica-se o peso, o comprimento/estatura e os perímetros cefálico, torácico e abdominal que são parâmetros importantes para a avaliação e acompanhamento dos bebês.

• Verificação do peso

Tal procedimento deve ser realizado no momento da admissão do RN, diariamente e sempre que houver necessidade de nova avaliação. Servirá de base para o controle da curva ponderal. A verificação regular do peso do RN é de fundamental importância para a avaliação das perdas ou ganhos. Também é essencial para calcular o volume de alimentação, a quantidade de infusão venosa a ser administrada ou ainda as dosagens de medicamentos.

O material necessário é colocado em carrinho com balança própria para RN (até 15 kg), papel toalha, compressa de gaze, frasco com álcool a 70% e impresso próprio para registro.

Antes de verificar o peso do recém-nascido, certifique-se de que o ar refrigerado encontre-se desligado ou que as janelas estejam fechadas, evitando a hipotermia do bebê. Limpe a cuba da balança com álcool, realize a calibração da mesma e forre-a com papel toalha.

Ao colocar o RN na balança, fique atento a seus movimentos na cuba, mantendo a mão próxima, sem tocá-lo. Verifique o peso num momento em que haja menor atividade física do RN. Retire-o da cuba da balança e coloque-o novamente no berço.

O peso deve ser registrado em gramas, em impresso próprio, assim como o ganho ou perda em relação ao peso anterior. Nos RNs com diagnóstico de infecção, quando não houver balança separada para esses casos, deve ser verificado seu peso após todos os demais.

Cuidados de enfermagem na pesagem

A pesagem é fundamental na pediatria, uma vez que as doses de medicamentos e de soros são todas calculadas, tendo por base o peso da criança.

Deverão ser respeitados os seguintes cuidados.

- Pesar diariamente em jejum.
- Crianças até 2 anos, despidas totalmente, em balança de bandeja.
- Crianças com mais de 2 anos, manter a calcinha ou cueca e usar a balança de pedestal.
- Tarar a balança antes de pesar.
- Travar após tarar.
- Só destravar depois de colocar a criança e travar novamente antes de retirá-la.
- Não tocar na criança durante a pesagem.
- Anotar corretamente o peso, especificando kg e g.
- Não colocar objetos sobre a balança, quando em desuso.
- Forrar a bandeja com lençol descartável ou papel toalha, trocando após a pesagem.

b) Verificação da estatura

A estatura é verificada com régua antropométrica ou fita métrica e servirá de base para a avaliação do crescimento.

Coloque o RN em decúbito dorsal em uma superfície plana, apoiando a parte fixa da régua na sua cabeça e a parte móvel no calcanhar. Estenda as pernas do bebê, segurando em seus joelhos, mantendo a régua bem posicionada ou a fita bem esticada e proceda à leitura.

c) Perímetro cefálico (PC)

É a medida da circunferência da cabeça, sendo verificado com fita métrica. Servirá de base para a avaliação do crescimento e desenvolvimento.

É realizada com o bebê em decúbito dorsal, passando-se a fita métrica a partir da maior saliência do osso occipital e acima das sobrancelhas, realizando-se então a leitura.

A circunferência da cabeça aumenta rapidamente em função do crescimento do cérebro.

A média da circunferência ao nascimento é de 33 a 37cm, aumentando até 46 ou 47cm no final do primeiro ano de vida. O perímetro cefálico é igual ao do tórax ou maior 2 cm.

d) Perímetro torácico (PT)

É a medida da circunferência do tórax, sendo verificado com fita métrica, variando em torno de 33 cm. O RN deve estar posicionado em decúbito dorsal, sem roupa. Passa-se a fita ao redor do tórax na altura dos mamilos, realizando a leitura.

e) Perímetro abdominal (PA)

É a medida da circunferência do abdômen, sendo verificada com fita métrica, variando em torno de 35cm. O RN deve estar em decúbito dorsal e sem roupa. O perímetro abdominal é medido passando-se a fita em torno do abdome, logo acima do umbigo. Realize a leitura. É importante ressaltar que o registro das medidas antropométricas no prontuário da criança deve ser realizado imediatamente após à verificação das mesmas. Caso não seja possível, registre após a realização de todos os cuidados antes de encaminhar o RN para a mãe.

VALORES MÉDIOS NORMAIS DE UM RN	
Peso	3.500 g - meninos e 3.280 g - meninas
Estatura	50 cm – meninos e 49,6 cm - meninas
Perímetro cefálico	34 - 35 cm
Perímetro torácico	deve ser sempre 2 – 3 cm menor que o cefálico

4 - Realizar higiene corporal do recém-nato

A primeira higiene visa a retirar o excesso de sangue ou outras sujidades, principalmente na região da cabeça, não sendo necessário retirar todo o vernix caseoso, pois ele será absorvido pela pele espontaneamente.

O banho de imersão (na banheira ou bacia) é aquele feito quando o RN se encontra em condições clínicas estáveis. Por ser o tipo de banho que será feito em casa, após a alta, deve-se encorajar a participação materna durante sua realização. O material necessário é: algodão; cotonetes; sabonete neutro (glicerina sem perfume); gaze; lençol macio ou toalha; fralda (de preferência descartável); luvas de procedimento; escovinha de nylon para pentear os cabelos do RN; bacia ou banheira (inox, plástica ou acrílica) previamente limpa com sabão.

A água deverá estar com a temperatura adequada (nem fria demais, nem muito quente) evitando assim resfriar ou queimar a criança. O RN deve ser colocado suavemente dentro da bacia de forma que fique sentado e apoiado pelo profissional, que deverá segurá-lo com uma das mãos pela região cervical. Os canais auditivos podem ser protegidos com os dedos polegar e anelar da mão utilizada para segurar o bebê pela região cervical. Nos dias mais frios, a limpeza da face e da cabeça pode ser feita com o bebê vestido. Deve-se secar bem a face e o couro cabeludo, o que previne a perda de calor pela região cefálica que é proporcionalmente grande em relação ao resto do corpo.

Para evitar infecções urinárias e vaginais nos RNs do sexo feminino a limpeza da genitália deve ser realizada com movimentos descendentes do clitóris ao ânus, afastando-se os grandes lábios e limpando cada um dos lados. Nos do sexo masculino, essa limpeza é realizada com movimentos descendentes do pênis ao ânus, afastando, sem forçar, o prepúcio. Esse cuidado também evita assaduras.

Nessa técnica o uso de luvas descartáveis é obrigatório, porém, poderá dificultar sua realização devido à possibilidade do bebê escorregar, quando ensaboado. Requer então um cuidado maior para manter a criança bem segura e apoiada.

Não é necessário o uso de algodão, gaze ou bucha. A mão que estiver livre é utilizada para passar o sabonete.

O ideal é que a banheira seja de uso exclusivo do RN. Em algumas instituições são utilizados forros plásticos descartáveis quando se dispõe de uma única banheira para todos os bebês.

Ao retirar o RN da água envolva-o na toalha, secando-o delicadamente sem friccionar, tendo o cuidado de secar bem as dobras cutâneas, orelhas, entre os dedos das mãos e dos pés e o couro cabeludo.

Em seguida, realize o curativo do coto umbilical conforme cuidados específicos, coloque a fralda, vista a roupa do RN e penteie seus cabelos, colocando-o no berço ou entregando-o à sua mãe.

O momento de realização do banho de imersão propicia a observação direta de todo o corpo do bebê. Sendo assim, ao registrar o procedimento deve-se também apontar toda e qualquer anormalidade observada.

Cuidados de enfermagem durante o banho:

- Promover a higiene.
- Observar as condições físicas.
- Promover uma queda de temperatura corporal em caso de febre
- Promover o relaxamento da criança.
- O banho poderá ser dado várias vezes ao dia, sempre que necessário, observando sempre os seguintes cuidados.
- Preparar todo o material antes de despistar a criança.
- Nunca deixar a criança sozinha no banho, independente da sua idade ou maturidade.
- Verificar a temperatura da água com a região anterior do punho, que é um local de grande sensibilidade térmica.
- Não encher demais a banheira.
- Proteger os ouvidos e os olhos da criança.
- Manter a cabeça da criança elevada

- Limpar as dobras da pele.
- Usar sabonete neutro
- Ter especial cuidado na higiene das genitais, observando fimose e acúmulo de secreções.
- Retirar crostas do couro cabeludo, previamente amolecidas com óleo (amêndoa ou mineral).
- Manter a criança com segurança na água (lembrar que ela facilmente poderá escorregar).
- Secar corretamente.
- Não molhar talas e gessos.
- Não tracionar scalps e jelhos.
- Vestir criança apropriadamente, sem excessos.
- Evitar correntes de ar.
- Anotar o procedimento e sua intercorrências.

5 – Realizar curativo do coto umbilical

O curativo do coto umbilical é feito diariamente após o banho ou sempre que estiver molhado de urina ou sujo de fezes. Tem por objetivo promover a cicatrização, por meio da mumificação e evitar a contaminação local.

É importante atentar a qualquer anormalidade, como presença de sangramento, secreção purulenta, hiperemia, edema e odor fétido.

O material necessário é: frasco com álcool a 70%, cotonete e gaze. O curativo consiste na limpeza da base do coto com o cotonete embebido em álcool, fazendo movimentos suaves e circulares.

Sua queda que ocorre geralmente entre 1 a 2 semanas. Algumas vezes após a queda do coto umbilical o umbigo se mantém elevado que trata-se de uma hérnia que na maior parte das vezes regride até o 2º ano de vida, que não causa dor ou outros problemas para a criança.

6 - O Teste do Pezinho

Nome popular para a triagem neonatal, o teste do pezinho é feito a partir de gotinhas de sangue colhidas no calcanhar do recém-nascido. Por ser uma parte do corpo rica em vasos sanguíneos, o material pode ser colhido através de uma única punção, rápida e quase indolor para o bebê.

Serve para identificar duas doenças: a fenilcetonúria e o hipotireoidismo. Ambas, se não tratadas a tempo, podem levar à deficiência mental. Recomenda-se realizar o teste imediatamente entre o 3º e o 7º dia de vida do bebê. Antes disso os resultados não são muito precisos ou confiáveis.

Em 1992 o teste se tornou obrigatório em todo o país, através de lei federal. Em 2001, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Triagem Neonatal, com o objetivo de atender a todos os recém-natos em território brasileiro.

O que é a Fenilcetonúria e o Hipotireoidismo Congênito

São doenças causadoras de deficiência mental, quando não tratadas precocemente. Na Fenilcetonúria a criança nasce sem uma substância (enzima) no fígado, que não transforma a proteína fenilalanina dos alimentos, em outro tipo de proteína. O acúmulo da fenilalanina causa uma deficiência mental. No hipotireoidismo Congênito a criança nasce com falta do hormônio da tireóide, que também é importante para o desenvolvimento normal do cérebro, e por isto, surge uma deficiência mental.

COLETA DA SANGUE NO 2º DIA DE VIDA



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GURGEL, Marcelo; DA SILVA, Carlos. Saúde materno-infantil: auto-avaliação e revisão. ed. Atheneu, 1998
- LOPES, Maria Helena B. M.. Enfermagem na saúde da mulher, AB editora, 2006.
- SILVA, Gilberto T.R.; Alburquerque, Rosemeire s. Enfermagem obstétrica. ed.: Martinari, 2006.
- BRANDEN, Pennie S. Enfermagem materno-infantil . ed.Reichmann & Affonso. 2ª ed. 2000