

e-book



Dr. Arnaldo Schizzi Cambiaghi

GRÁVIDA *feliz,*

OBSTETRA FELIZ

GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA O CASAL GRÁVIDO



RT Dr. Arnaldo S. Cambiaghi - CRM 33692 RQE nº 42074 - R. Abílio Soares, 1125 - São Paulo - SP - 11 3885-4333/3884-3218

DIRETO AO ASSUNTO

Sumário

SOBRE O AUTOR	▼
NOTA DO AUTOR	▼
COLABORADORES	▼
PREFÁCIO	▼
O MILAGRE DA VIDA	▼
O INÍCIO	▼
COMO FAZER O CÁLCULO PARA SABER A DATA PROVÁVEL DO PARTO	▼
EXAMES REALIZADOS DURANTE A GESTAÇÃO	▼
ALTERAÇÕES ORGÂNICAS DURANTE A GRAVIDEZ	▼
DESCOBRINDO O SEXO DO BEBÊ	▼
AMEAÇAS AO BEM-ESTAR DA MAMÃE E DO BEBÊ	▼
ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA GRAVIDEZ	▼
CUIDADOS COM A ALIMENTAÇÃO	▼
GINÁSTICA NA GRAVIDEZ	▼
CUIDADOS ESTÉTICOS	▼
GRAVIDEZ NA SEXUALIDADE	▼
CUIDADOS COM AS MAMAS	▼
O PAI GRÁVIDO	▼
SITUAÇÕES QUE NECESSITAM DE CUIDADOS ESPECIAIS	▼

SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA RELATIVA QUE PODEM
SER RESOLVIDAS PELA PRÓPRIA PACIENTE ▼

AS ÚLTIMAS SEMANAS DE GESTAÇÃO ▼

GÊMEOS E TRIGÊMEOS ▼

O PARTO HARMONIZADO ▼

APRENDA A ANOTAR SUAS DÚVIDAS ANTES DAS CONSULTAS ▼

CUIDADOS MATERNOS APÓS O NASCIMENTO DO BEBÊ ▼

GINÁSTICA PÓS-PARTO ▼

MEDICINA FETAL ▼

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ▼



Sobre o autor



DR. ARNALDO SCHIZZI CAMBIAGHI

MEDICINA REPRODUTIVA – GINECOLOGIA
OBSTETRÍCIA VIDEOLAPAROSCOPIA / VIDEOHISTEROSCOPIA
CRM – 33.692

- Médico Ginecologista Obstetra.
- Atua nas áreas de Infertilidade conjugal, Reprodução Humana e Cirurgia.
- Endoscópica (Videolaparoscopia e videohisteroscopia).
- Diretor clínico do IPGO (Instituto Paulista de Ginecologia e Obstetrícia).
- Formado pela Faculdade de Ciências Médicas de Santa Casa de São Paulo.
- Residência em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Título de Especialista pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (nº 96/97) – RQE nº 42074.
- Certificado de Atuação em Reprodução Assistida pela FEBRASGO (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia) –REGISTRO AMB : 182838 - RQE nº 42074-1.
- Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões – Ginecologia.
- Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Laparoscópica.
- Especialização em Videolaparoscopia, Histeroscopia e Laser na Catholic University of Leuven – Bélgica.
- Especialização (Avançada) em Videolaparoscopia a Laser no Institute for Reproductive Medicine – Annandale, Virgínia – USA.
- Pos Graduate Course – Advance Laparoscopic Surgery including Laser Endoscopy – AAGL – Chicago, Illinois, USA.
- Pos Graduate Course – Laparoscopic Hysterectomy, incluindo Retroperitoneal Dissection: Lymphnode dissection, the ureter, Retropubic Urethropexy & Appendectomy – AAGL – Chicago, Illinois, USA.
- Pos Graduate Course – “Surgical Approaches to Endometriosis” – AAGL 23rd Meeting, New York – New York USA.

- Membro da European Society of Human Reproduction and Embriology.
- Membro da The American Association of Gynecologic Laparoscopists.
- Membro da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana.
- Membro Efetivo da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida.
- Membro da International Society Fertility Preservation Laboratory Training Program and Seminar in the are of auto Suture Surgical Staplers in General Surgery – USC – Norwalk Connecticut – USA.
- Prêmio Internacional – Troféu Best Video PRODUCTION “The Cambiaghi Fastener for Extracorporeal Suturing”- Secound International Gynecologic
- Endoscopic Film Festival & Instrumentation; Exhibition – San Diego, California – USA.



Este livro foi atualizado no ano de 2020 por:

DR. ANDERSON BOROVAC-PINHEIRO

- Possui graduação em Medicina pela Universidade Estadual de Campinas (2005);
- Mestrado em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas (2012) e doutorado em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas (2017);
- Realizou pós-doutorado pelo Massachusetts General Hospital – Harvard University em Boston-EUA (2018-2019);
- Atualmente é médico obstetra de alto risco no CAISM da Universidade Estadual de Campinas, realiza atendimentos em obstetrícia geral e alto risco no hospital e maternidade Madre Theodora e no Hospital Municipal de Paulínia;
- É coordenador da equipe de ginecologia e obstetrícia dos hospitais Madre Theodora e Municipal de Paulínia.



Nota do autor

OBSTETRAS E GRÁVIDAS EM PERFEITA HARMONIA

Ser médico é, na minha opinião, a melhor profissão do mundo. Faz sentir-me realizado, produtivo e recompensado; é um privilégio.

Ser ginecologista-obstetra e esterileuta, tendo a possibilidade de ajudar casais que não conseguem ter filhos, é ainda melhor, pois os momentos de felicidade, além de incontáveis, fazem com que eu esqueça as poucas e inevitáveis agruras da vida.

Apesar de eu ser especialista em Reprodução Humana - dedicado aos tratamentos de infertilidade - poder acompanhar o desenvolvimento de um bebê dentro do útero durante 9 meses também me fascina. Ver a satisfação da gestante, cada mês mais bonita e orgulhosa de si, dá muito prazer; emociona. É indescritível no momento do parto a expressão da mãe que vê, pela primeira vez, seu bebê. Este momento faz qualquer um sentir-se muito feliz. Só nós, profissionais da saúde, temos a honra de compartilhar de tamanha felicidade.

Esse livro tem como objetivo ajudar gestantes e médicos obstetras durante este período mágico da vida. As futuras mães, após a leitura, sentir-se-ão mais seguras, porque, por meio de informações escritas em linguagem simples, compreenderão que muitos dos sintomas que tem são normais e, mesmo os extremamente inconvenientes, podem ser minimizados. Esta compreensão facilita a vida do obstetra, e torna o relacionamento entre ambos mais agradável e feliz.

Esta obra não deve ser considerada 100% original, uma vez que parte de seu conteúdo consta na publicação “Manual da Gestante” de minha autoria. Entretanto, parece evidente que, ao falarmos de gestação, seus cuidados e seus perigos, concluímos que a essência dos livros, até hoje publicados sobre este assunto, não poderia diferir muito uns dos outros, visto que o desenvolvimento da gestação do ser humano e suas complicações obedecem à mesma rotina há milhões de anos. O que muda são as medidas preventivas e os cuidados que devem ser tomados de acordo

com as complicações que aparecem.

Com as orientações e “dicas” apresentadas nesta publicação, a grande maioria das dúvidas que surgem no pré-natal poderão ser resolvidas pela própria paciente, e muitas delas vão sentir-se mais seguras. Os obstetras, por sua vez, poderão gozar de uma melhor qualidade de vida estimulada pelo prazer e pela continuidade de sua atividade profissional.

Conclusão: Grávida Feliz, Obstetra Feliz.

Dr. Arnaldo Schizzi Cambiaghi



Colaboradores

Dr. Rogerio B.F. Leão

Medicina Reprodutiva - Ginecologia - Obstetrícia Videolaparoscopia /
Videohisteroscopia

Camila De Grande Cambiaghi

Médico Ginecologista e Obstetra, Assistente do IPGO - Instituto Paulista de
Ginecologia, Obstetrícia e Medicina da Reprodução

Claudia Maria Ribeiro Martins Gonçalves

Psicóloga

Cristiane Machado Godoy

Nutricionista do IPGO - Instituto Paulista de Ginecologia, Obstetrícia e Medicina
da Reprodução

Daniella S. Castellotti

Médica Ginecologista e Obstetra - Especialista em Reprodução Humana do IPGO -
Instituto Paulista de Ginecologia, Obstetrícia e Medicina da Reprodução

Dinan Dhom Pimentel Sátyro

Terapeuta Floral

Francisco Carlos Anello

Médico Sexólogo do IPGO - Instituto Paulista de Ginecologia, Obstetrícia
e Medicina da Reprodução

Membro da SBRASH - Sociedade Brasileira de Estudos
em Sexualidade Humana

Javier Figols Costa

Médico Ginecologista e Obstetra do Instituto Brasileiro de Controle
do Câncer Diretor da Clínica Unidade Mulher - Caieiras
Integra a equipe de videoendoscopia do IPGO - Instituto Paulista de Ginecologia,
Obstetrícia e Medicina da Reprodução

José Tadeu de Araújo

Especialista em Educação Física e Fisiologia do Exercício para gestantes e mulheres no pós- parto

Julio Augusto Junior

Médico Ginecologista e Obstetra, Assistente do IPGO - Instituto Paulista de Ginecologia, Obstetrícia e Medicina da Reprodução

Luciene Kanashiro Tsukuda

Médica Especialista em Ultra-sonografia do IPGO - Instituto Paulista de Ginecologia, Obstetrícia e Medicina da Reprodução

Paulo Geraldo Tessarolli

Terapeuta sexual, Psicólogo e Professor da UNICID - Universidade Cidade de São Paulo, membro da Sbrash - Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana

Renata De Grande Di Sessa

Médico Ginecologista e Obstetra, Assistente do IPGO - Instituto Paulista de Ginecologia, Obstetrícia e Medicina da Reprodução

Solange Miki Maeda

Médica Dermatologista Clínica, Estética e Cirúrgica

Vânia I. F. Campos

Professora Especialista em Educação Física e Fisiologia do Exercício para gestantes e mulheres no pós-parto

Elaine Cristina de C. Garcia

Fotos Pós-Parto

Claudia Secco

Fotos Gestante

Mirian Silva

Fotógrafa

Eliane V. Rovigatti Gasparini

Psicóloga do IPGO - Instituto Paulista de Ginecologia, Obstetrícia e Medicina da Reprodução



Prefácio

Conheci o Dr. Arnaldo dentro de um centro cirúrgico de um hospital em São Paulo, quando ele trazia um médico americano ao Brasil para demonstrar uma técnica cirúrgica inovadora para a época: a Videolaparoscopia.

Nós médicos, às vezes nos entediávamos com a “mesmice” do nosso cotidiano e aquilo abriu uma nova porta para mim: a videocirurgia.

Este foi o começo de uma amizade longa e muito instrutiva.

Isto é o que mais admiro nele, o modo como seu trabalho muda continuamente de direção, refletindo suas novas percepções e conhecimentos em prol do bem estar de suas pacientes.

O Dr. Arnaldo reflete e registra suas idéias de maneira útil, direta e proveitosa, tanto para seus colegas como para suas pacientes.

Ele sempre está às voltas com preocupações diárias que todos nós médicos temos, mas ele desenvolve projetos que visam resolver esses problemas.

Foi assim que escreveu seus livros e esse último em particular, que busca o entendimento prazeroso entre os obstetras e suas pacientes.

Como ele escreveu na Nota do Autor: “Os obstetras, por sua vez, poderão gozar de uma melhor qualidade de vida estimulada pelo prazer e pela continuidade de sua atividade profissional.”

Isto é admirável no Dr. Arnaldo!

Ele é um autor de sua própria vida, é um empreendedor, que identifica um problema, determina uma meta e percorre um caminho árduo e persiste até alcançá-la.

Dra. Virginia Roncatti



O Milagre da Vida

Parabéns, você(s) está(ão) grávida(o)(s). O milagre da vida está acontecendo.

Este livro abordará diferentes aspectos relacionados a gestação e ao pós-parto. No entanto, inicialmente, antes de você ter tempo de ler o livro todo, ficam aqui algumas dicas iniciais que devem ser seguidas por todas as gestantes, desde o preparo para a gravidez até o puerpério (nome que damos ao período pós-parto). Vamos lá iniciar essa jornada?

- Use protetor solar diariamente
- Tome as vitaminas indicadas diariamente
- Use repelentes todos os dias – a gestante e o parceiro;
- Hidrate toda a pele, principalmente região de mamas, barriga, quadril e pernas;
- Use meias elásticas de média compressão (com exceção aquelas mulheres com contraindicação)
- Procure manter uma alimentação saudável e balanceada. Procure um nutricionista. A ingestão de frutas e verduras sempre após garantia de uma higienização adequada, de preferência, em domicílio.
- Cheque se sua vacinação está em dia. Potencialmente algumas vacinas precisarão ser reforçadas.



O início

Para o casal que vai ter filhos, as preocupações iniciam-se com o atraso menstrual, que é percebido cerca de 2-3 semanas após a fecundação. Mas, como será que tudo começa? A fecundação, a divisão das células, a formação do embrião, a origem e o ciclo da vida, como ocorre tudo isso?

O novo ser é originado a partir do encontro de uma célula sexual feminina com uma célula sexual masculina. Por isso, o futuro bebê trará características de ambos os genitores. A fecundação pode acontecer quando a relação sexual ocorre no período de ovulação da mulher (aproximadamente 14º dia no ciclo menstrual). Com a fecundação, o óvulo (célula sexual feminina) fundido ao espermatozoide (célula sexual masculina) passa a ser chamado de embrião, que possui características do pai (trazidas pelo espermatozoide) e da mãe (trazidas pelo óvulo). O sexo biológico da criança é determinado pelo espermatozoide.

O processo da união das células sexuais ocorre dentro da trompa uterina (trompa=tuba); 3 a 4 dias depois, o embrião movimenta-se para cavidade do útero, momento em que ocorre a nidação (implantação na parede uterina). O ser único inicial, resultado da fusão do espermatozoide com o óvulo, após sofrer várias divisões, continua modificando-se, e recebe o nome de blástula, diferenciando-se em estruturas acessórias (placenta, cordão umbilical, bolsa das águas, etc). A placenta tem importantes funções, como por exemplo, a de alimentação, respiração (trocas de oxigênio e gás carbônico) e eliminação de resíduos, além de complexas funções hormonais. Após 12 semanas, as estruturas definitivas do feto já estão constituídas, ocorrendo daí para frente apenas crescimento e manutenção dos órgãos e sistemas.

Em gestações espontâneas, o Beta-hCG tem produção iniciada aproximadamente no 10º dia pós fertilização, ou seja, 4 dias antes do atraso menstrual. O pico dos valores do HCG será encontrado ao redor da 10ª semana de gestação. Testes urinários para diagnóstico apresentam maior sensibilidade em diagnosticar gestação a partir do atraso menstrual.

A ecografia inicial poderá ser realizada para avaliação. No entanto, é bom ter em mente que o saco gestacional somente será encontrado quando os níveis de Beta-hCG forem superiores a 1000mUI/mL. Se os níveis forem menores, pode ser que a ecografia não identifique sinais de gestação e ainda sim a gestação ser viável. O embrião somente é visualizado ecograficamente quando a gestante está ao redor da sexta semana de gestação. Neste caso, os níveis de Beta-hCG serão superiores a 13.000mUI/mL.



Como fazer o cálculo para saber a data provável do parto

Uma das coisas que mais confunde uma gestante, é a maneira de fazer o cálculo do tempo de gestação. Sua duração é de aproximadamente 40 semanas, ou seja, 280 dias contados a partir do 1º dia da última menstruação. O cálculo da data provável do parto é feito, na prática, adicionando-se nove meses e sete dias, ao dia em que começou a última menstruação. Data provável do parto não indica o dia que a criança irá nascer. Mostra somente uma estimativa. Há mulheres que irão ter o filho a partir das 37 semanas (conceitualmente chamado gestação de termo precoce). Há mulheres que evoluirão para parto ao redor da 41ª semana, ou seja, uma semana depois da data provável do parto.

É muito difícil para o leigo entender porque a contagem é feita a partir do 1º dia da menstruação, já que neste período a futura mamãe nem sabia se iria ficar grávida. A grande maioria das mulheres sabe, inclusive, o dia exato em que engravidou. Como então justificar a contagem do tempo de gestação antes desta data? A resposta é simples: padronização. Todo tempo de gravidez dado pelos exames de ultrassonografia, e as referências durante o pré-natal são calculados desta forma, pouco importando o dia exato da concepção.

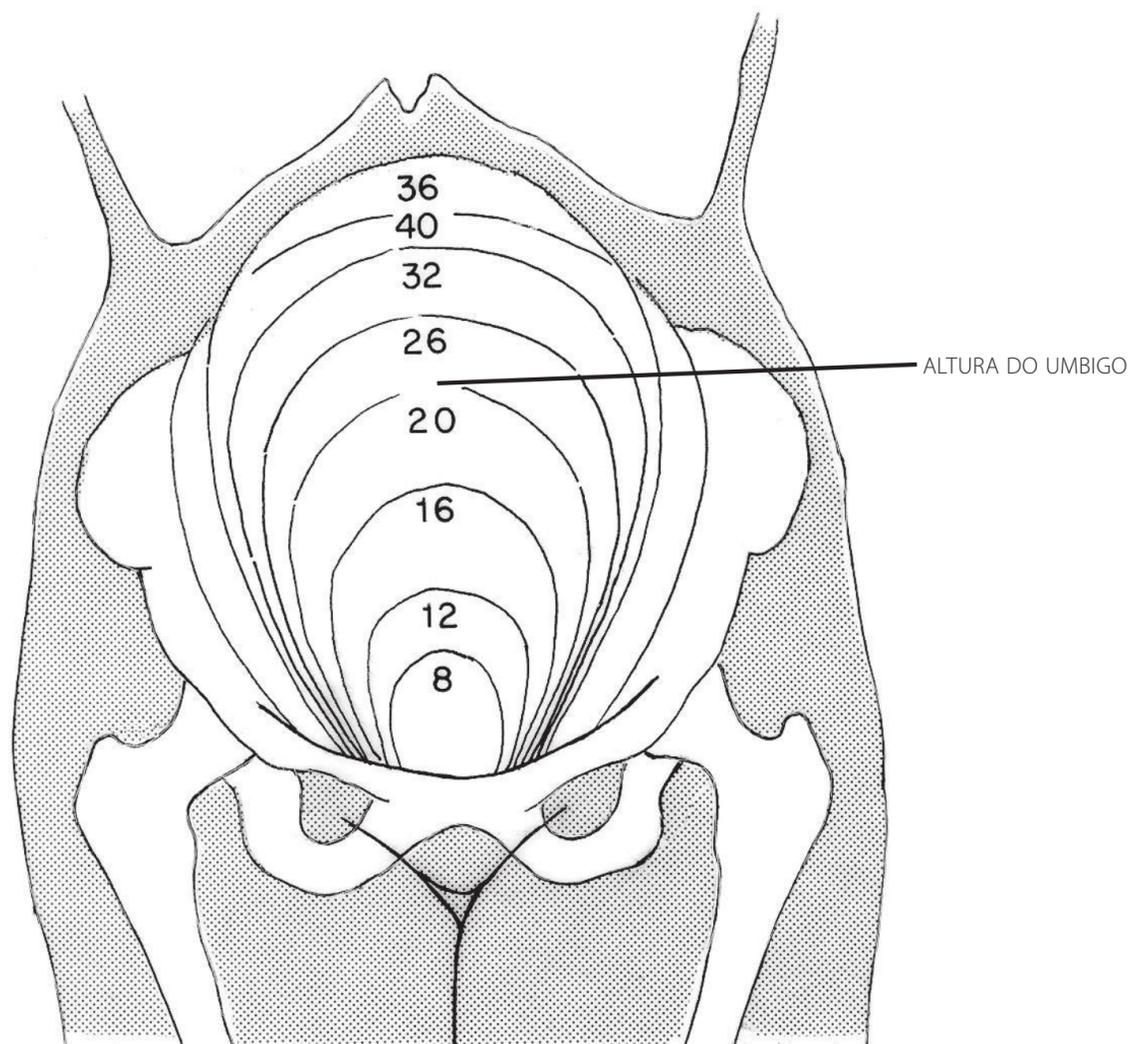
Para aquela que conta em meses, o tempo de gestação é contado a cada 30 dias, iniciando-se a contagem 37 dias (se o ciclo for de 30 dias) após o 1º dia da última menstruação. Exemplo: se a última menstruação foi no dia 1º de janeiro, em todo dia 8 de cada mês, a partir de fevereiro, será completado mais 1 mês de gestação, e no dia 8 de outubro completará 9 meses de gravidez.

Para ajudar no cálculo da idade gestacional podemos lançar mão de aplicativos do celular. Um disponível gratuitamente para Android e IOS é o “Calculadora Gestacional” do Ministério da Saúde do Brasil.

O TAMANHO DO ÚTERO

A altura do útero em semanas se modifica à medida que a gravidez progride. Na 22ª semana, o útero está na altura do umbigo. No entanto, essa característica pode variar de mulher para mulher. Há influencia de alguns fatores, como por exemplo,

quantas gestações a mulher já teve, se é obesa ou mais magra, se a gestação é única ou se trata de uma gestação gemelar etc. Note que o útero pode baixar um pouco no final da gravidez, quando ocorre a descida do polo cefálico (período em que o bebê encaixa na pelve).



Exames realizados durante a gestação

O acompanhamento clínico no pré-natal é importantíssimo, mas a confirmação da boa saúde pelos exames laboratoriais logo no início e durante a gravidez, provando a inexistência de problemas relevantes, pode ser ainda mais confortante.

Logo na primeira consulta, alguns exames básicos devem ser solicitados para detectar alterações importantes que, quando diagnosticadas precocemente, fazem com que o médico tome medidas preventivas fundamentais para o futuro do bebê. A lista apresentada corresponde àquilo que é julgado ideal, mas pode ser aumentada devido aos novos avanços da medicina, ou reduzida, caso haja restrições financeiras por parte da cliente.

EXAMES REALIZADOS DURANTE O PRÉ-NATAL EM GRÁVIDAS SEM FATORES DE RISCO

1º TRIMESTRE (FASE INICIAL DA GESTAÇÃO)

Sangue

- Hemograma completo
- Glicemia de jejum
- Sorologia para Sífilis
- Sorologia para Citomegalovírus
- Sorologia para Toxoplasmose
- Tipagem Sanguínea
- Coombs indireto
- Sorologia para HIV
- Sorologia para Hepatites B e C
- Bacterioscopia de secreção vaginal
- Eletroforese de hemoglobina
- Colpocitologia oncótica (quando indicado)
- PAPP-A (proteína A plasmática associada à gestação)- entre 9 e 13 semanas de gestação.
- PIGF (fator de crescimento placentário)- entre 9 e 13 semanas de gestação.

Urina

- Urina I
- Urocultura

Fezes

- Protoparasitológico (fezes)

Ultrassom

- Ultrassonografia endovaginal obstétrica

Medicina Fetal

- Exame do Vilo Corial ou exame genético (quando indicado)
- Morfológico de primeiro trimestre (entre 11^a e 14^a semana de gestação). Quando será realizado o exame de Translucência Nucal, avaliação da presença do osso nasal e doppler do ducto venoso.

2º TRIMESTRE (FASE INTERMEDIÁRIA DA GESTAÇÃO)

- Ultrassom Morfológico (analisa a anatomia do bebê em detalhes) - entre 20 e 24 semanas de gestação.
- Ecocardiograma Fetal (idealmente realizado na 24^a semana de gestação)
- Teste Triplo (quando indicado e/ou Amniocentese para avaliação das anomalias fetais)
- Fibronectina Fetal (quando indicado, identifica precocemente a gestante com risco de parto prematuro)
- Curva glicêmica gestacional
- Sorologia de Toxoplasmose (quando o exame é negativo no primeiro trimestre).

3º TRIMESTRE (FASE FINAL DA GESTAÇÃO)

- Repetição de alguns exames de sangue e urina
- Ultrassom
- Avaliação final do bem-estar fetal
- Monitoragem Fetal - Cardiotocografia Fetal
- Ultrassom Tridimensional
- Perfil Biofísico e Dopplervelocimetria (podem ser realizados em gestação de alto risco quando a monitoragem fetal não estiver satisfatória)
- Pesquisa de Streptococcus β hemolítico do grupo B através de secreção vaginal e anal (a partir da 35^a / 36^a semana da gestação).

PRÉ-NATAL DO PARCEIRO / PARCEIRA

É muito importante a participação do segundo genitor nas consultas de pré-natal. Além disso, a gestação é uma ótima oportunidade de se realizar exames para identificação da saúde do parceiro ou da parceira. Segue abaixo alguns exemplos dos exames laboratoriais e clínicos que podem ser realizados:

- Tipagem sanguínea e fator RH
- Sorologia de Hepatite B
- Sorologia para Sífilis
- Sorologia para HIV
- Sorologia para Hepatite C
- Hemograma
- Dosagem de colesterol, frações e triglicérides
- Glicemia
- Eletroforese de Hemoglobina
- Aferição de pressão arterial
- Verificação do peso corporal, e cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC).

EXAMES LABORATORIAIS

Sangue

Hemograma Completo: mostra se a mãe apresenta anemia, ou dá indícios de infecção bacteriana ou viral; poderá ser repetido durante o decorrer do pré-natal se houver necessidade. A grávida tem valores de hemoglobina abaixo do esperado para o encontrado fora da gestação. Porém, anemia gestacional está relacionada a restrição de crescimento fetal, trabalho de parto prematuro e hemorragia pós-parto.

Glicemia de jejum: É um exame para o diagnóstico de diabetes. Em casos específicos deve ser repetido durante a gestação e acompanhado da glicemia pós-prandial ou curva glicêmica.

Tipagem Sanguínea e fator Rh (ABO-Rh): Necessário para detectar o tipo de sangue, principalmente quando a gestante é Rh negativo e o esposo Rh positivo. Essa combinação exige exames de controle durante a gravidez para detectar se houve isoimunização (passagem do sangue fetal Rh positivo para mãe com “fabricação” de anticorpos). O Rh negativo, hoje, não acarreta riscos desde que haja um controle periódico pelo exame de sangue Coombs Indireto. Não se deve esquecer da aplicação na 28ª semana de gestação e logo após o parto, de uma “vacina” que iniba a formação do fator anti-Rh, para as gestantes/mães com fator RH negativo.

Citomegalovírus: Sorologia que indica infecção ativa ou pregressa pelo contato com o vírus (mais detalhes no capítulo 6).

HIV, Hepatites B e C: Sorologia que determina infecção ativa ou pregressa pelo contato com o vírus. O diagnóstico precoce é de importância fundamental, pois poderemos

evitar não só contaminações desnecessárias, como, também, riscos. Para as três infecções há tratamentos que podem ser usados durante a gestação diminuindo a chance de transmissão da infecção para o bebê.

Rubéola: É possível detectar infecção ativa ou pregressa pelo contato com o vírus. O conhecimento da existência de anticorpos tipo IgG tranquiliza por saber que a paciente teve, no passado, contato com a doença ou foi vacinada e, portanto, não terá mais esse tipo de infecção; se tiver a doença será de uma maneira tão branda que não prejudicará o futuro bebê. Se for IgM positivo indica que a infecção é recente e, isso sim, será motivo de preocupação, pois a doença está em atividade.

Sífilis (VDRL, TPHA): Indica se a paciente apresenta infecção pelo *Treponema pallidum* ou houve infecção pregressa. A sífilis, quando não tratada na gravidez, leva a problemas gravíssimos no feto. Entretanto, se a paciente for medicada no início da gestação, o bebê tem risco minimizados. É muito importante tratar o parceiro.

Toxoplasmose: É possível detectar infecção ativa ou pregressa pelo contato com o protozoário da toxoplasmose. Este, quando existente, é responsável por alterações importantes no bebê. Quando tratada habilmente e em tempo, o feto deve nascer sem problemas.

Urina

Urina I (com urocultura, se possível): Determinará se está ou não ocorrendo infecção urinária, que deverá ser tratada na gravidez. A infecção urinária é muito comum na gestação, principalmente pelas modificações anatômicas provenientes do aumento do útero e pelas alterações hormonais próprias da gravidez. Qualquer indício de infecção acarreta tratamento ou repetição deste exame.

Fezes

Parasitológico: Detecta parasitas nas fezes que eventualmente causam anemia ou outras complicações às gestantes. Esses parasitas não causam problemas ao feto, mas devem ser diagnosticados e tratados na época adequada da gestação para evitar problemas à mãe.

Conteúdo vaginal (corrimento)

A Bacterioscopia de secreção vaginal irá identificar alguma infecção não diagnosticada no exame clínico. Se presente a infecção deverá ser tratada para evitar possível trabalho de parto prematuro (dados da literatura controversos).

Eletroforese de hemoglobina

Recomendado pelo Ministério da Saúde desde 2016 a coleta universal de eletroforese de hemoglobina propicia o diagnóstico de doenças hereditárias causadoras de anemia.

Pesquisa de Streptococcus β hemolítico do grupo B através de secreção vaginal e anal.

Embora o corrimento vaginal, sem odor de cor clara seja normal, a pesquisa da bactéria Streptococcus B Hemolítico na “secreção” vaginal, na 37a semana de gestação, é muito importante. A presença desta bactéria pode levar a complicações para mãe e para o bebê no pós-parto.



Alterações orgânicas durante a gravidez

A grávida muitas vezes sofre com a falta de informações sobre sintomas que aparecem durante a gravidez. Será que o que estou sentindo é normal? Será que estou com algum problema? É necessário que o casal e a família conheçam estas alterações simples que acontecem com muita frequência, e não apresentam nenhuma ameaça para o bebê e para a gestante.

A gestação produz uma série de alterações no organismo materno que levam a adaptação da presença do feto no corpo materno. São alterações hormonais e enzimáticas.

Os sintomas que a paciente se queixa são muitos e variados. A fadiga e o sono excessivo são comuns, e podem, repentinamente, causar exaustão a elas. A insônia torna-se mais frequente perto do término da gestação, quando o mal-estar físico, causado pelo aumento do útero, dificulta o sono da futura mãe. Náuseas e vômitos, no princípio da gravidez, são relativamente comuns, e a salivação excessiva está frequentemente associada a esses sintomas que, apesar de desagradáveis, traduzem indiretamente a quantidade de hormônio fabricado na gestação. Sabe-se que as mulheres que sentem muito enjoo e vomitam, dificilmente sofrerão aborto. Assim sendo, esses acontecimentos não são tão ruins, pois têm um significado positivo para a gestação.

A constipação também é comum, podendo agravar as hemorroidas. A azia é às vezes verificada, e pode ser difícil de ser avaliada (não significa obrigatoriamente que o bebê seja “cabeludo” - dito popular). Vários outros tipos de mal-estar podem surgir, como dor nas costas e na região inguinal (virilha), além de uma variedade de dores abdominais e vaginais agudas, intermitentes e lancinantes. Pode acontecer, também, com relativa frequência queixas de câimbras nas pernas e nas panturrilhas (barriga da perna), principalmente à noite (coma banana - porque ela contém potássio, que ajuda a prevenir).

O aumento da frequência urinária, tanto de dia como à noite (noctúria), é comum. Habitualmente, principalmente nos primeiros meses, ocorre também uma maior sensibilidade olfativa, e com isso, a gestante passa a sentir, intensamente, cheiros que antes da gravidez não a impressionavam. Rejeição a perfume e ao “cheiro” do marido é muito comum, mas, felizmente, depois passa. Todos esses sintomas realmente não são condições patológicas sérias, e parte delas pode ser tratada de maneira conservadora e sintomaticamente, como veremos mais adiante.

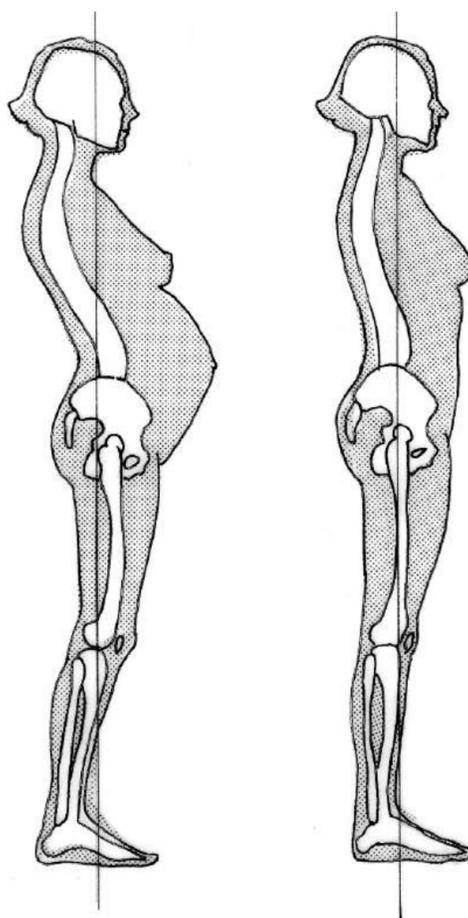
ATENÇÃO

Sangramento vaginal, dor de cabeça forte, vômitos muito contínuos, dor abdominal aguda, calafrios ou febres, dor à micção, perda de líquido pela vagina são sinais e sintomas que devem ser comunicados ao médico.

Nas próximas páginas serão discutidas, mais detalhadamente, as principais modificações causadas pela gravidez, seus respectivos sintomas e a orientação adequada para contornar, quando possível, as sensações desagradáveis que produzem.

A POSTURA E O ANDAR

A postura e o andar são profundamente alterados durante a gestação, e isso ocorre devido ao aumento de peso e sua distribuição. A gestante tende a inclinar o dorso para trás, assumindo a postura que Shakespeare chamou de “pride of pregnancy” (o orgulho da gravidez). A gestante separa os pés, inclinando as pontas para fora, visando aumentar a base de sustentação.



MUDANÇA NA POSTURA DA COLUNA COM A GRAVIDEZ

APARELHO CIRCULATÓRIO

Há aumento da frequência cardíaca e do volume sanguíneo, e, geralmente, queda da pressão arterial, daí as sensações frequentes de tontura e, talvez, desmaios que a gestante experimenta. As veias ficam mais dilatadas, com circulação mais lenta, principalmente

nos membros inferiores. A circulação cutânea aumenta, o que propicia maior quantidade de suor e discreta elevação da temperatura.

Varizes

São consequências das alterações circulatórias próprias da gravidez. Pioram a partir do 4º mês, e podem ser detidas com postura adequada, controle de peso, exercícios, drenagem linfática suave, manual ou por aparelhos (em clínicas especializadas), além do uso de meias elásticas, principalmente no verão, geralmente indicadas durante as consultas do pré-natal.

Hemorroidas

O mau funcionamento dos intestinos pode levar mulheres, com predisposição a varizes do reto e do ânus a terem hemorroidas. Estas tendem a piorar na gravidez, como consequência das alterações circulatórias e, também, pelo agravamento da prisão de ventre. As hemorroidas são tratadas com a melhora do funcionamento intestinal. Deve-se evitar o uso de papéis ásperos na higiene local após as evacuações, optando-se por banhos de assento mornos e, quando necessário, são indicadas pomadas analgésicas ou supositórios.

Aparelho respiratório

Somente pelo fato de estar grávida ocorrerá aumento da frequência de respirações por minuto. Porém, com o aumento do volume abdominal decorrente do crescimento da criança é comum a mulher apresentar sensação de “falta de ar”, principalmente no final da gravidez. Por outro lado, com o encaixamento do bebê na pelve materna nas semanas que antecedem o parto, essa sensação pode melhorar.

Aparelho urinário

A micção frequente e em pequena quantidade é um sintoma constante durante toda a gravidez, principalmente no inverno. Em geral, esse sintoma atenua-se após o 3º mês de gestação. Mesmo com o aumento da frequência de micções é importante não deixar de se hidratar para evitar ir ao banheiro. Hidratação adequada é imprescindível para uma gestação saudável. Devido às alterações anatômicas, ocorre também maior incidência de infecções urinárias, que são caracterizadas por febre, ardor à micção, dor lombar, etc. Na presença de tais sintomas, o médico ou o serviço de emergência deve ser comunicado.

É comum também a gestante perder urina sem perceber, principalmente nos meses finais. Isso não é nenhum problema e não significa que se manterá no pós-parto. Exercícios e fisioterapia ajudam a controlar o problema. Por vezes, a perda urinária é tão intensa que chega a confundir com a rotura da bolsa das águas.

Aparelho digestivo

Surge nítido aumento do apetite com frequentes mudanças do paladar. A gestante passa a gostar de sabores que nunca antes apreciou, e a não apreciar o paladar habitual dos pratos a que estava acostumada. As gengivas sangram com maior facilidade, havendo também piora das condições dentárias. Ocorrem várias alterações funcionais do estômago, esôfago e intestino, provocando distúrbios como gastrite, constipação intestinal, gases, enjoos e náuseas. A gravidez modifica hormônios e a topografia dos órgãos referidos acima, dando a sensação de saciedade precocemente, refluxo gastresofágico e lentidão na digestão. Existem também alterações funcionais tais como:

Gastrite

Conquanto haja pareceres diferentes, a opinião dominante é de que há redução da secreção gástrica de ácido durante a gravidez na maioria das gestantes. Vários autores já confirmaram essa hipótese (Strauss, Castle, Kakai, etc). O tratamento deve ser baseado em uma dieta fracionada (comer pequenas porções, várias vezes ao dia) e a ingestão frequente de limonada. Se não houver melhora, troca-se a limonada pelo antiácido, e caso não haja resultado positivo, solicita-se nova orientação médica.

Obstipação intestinal

O intestino preso pode ser uma alteração motivada pela diminuição dos movimentos intestinais, provocada pela ação dos hormônios sobre a musculatura lisa. Uma dieta alimentar, com vegetais de folhas largas, frutas cítricas com bagaço, mamão e ameixa preta, costuma normalizar o trânsito intestinal.

DIETA LAXANTE

Hortaliças e legumes

Abóbora-moranga, acelga, agrião, aipo, alcachofra (folha), alcaparras, alface, almeirão, aspargo inteiro, cebola, chicória, jiló, couve, erva-doce, ervilha, espinafre, feijão, lentilha, pepino, pimenta, quiabo, repolho, rúcula, salsinha, tomate, vagem.

Frutas e oleaginosas

Abacaxi, abacate, ameixa, amêndoa, amendoim, avelã, azeitona, castanha, cidra, coco, figo, jabuticaba, jaca, laranja, mamão, manga, melancia, melão, nozes, romã, tâmara, uva

Cereais integrais

Aveia, centeio, cevada, milho (espiga, farelo, grão)

Leite e derivados

Creme de leite, iogurte, leite, manteiga

Gases abdominais

Também são frequentes. Deve-se evitar comer frutas em excesso e alimentos que aumentam a fermentação. Convém trocar os alimentos fritos pelos fervidos, cozidos, sob vapor ou grelhados, e evitar as massas pesadas e as gorduras. Se persistirem os gases, há necessidade de nova orientação médica.

Alimentos fermentescíveis que devem ser evitados: Aspargos, batata doce, brócolis, broto de feijão, couve-flor, doces concentrados (goiabada, marmelada), ervilha, feijão, pimenta, grão-de-bico, lentilha, nabo, pepino, rabanete, repolho.

Enjoos, náuseas e vômitos

Ocorrem em 70% das grávidas. Durante o primeiro trimestre de gestação, a futura mãe poderá sofrer esses problemas. Certos alimentos, que eram consumidos sem nenhuma dificuldade, poderão originar problemas de digestão. As gorduras são causas comuns do aparecimento desses sintomas. Os líquidos tomados às refeições podem precipitar os vômitos.

As torradas ou alguns biscoitos como “cracker” e sem sal, ingeridos antes do vômito, poderão ajudar a eliminá-lo. Os líquidos poderão ser ingeridos entre as refeições, mas não durante.

O leite desnatado poderá ser mais bem tolerado que o integral. Frequentemente, a náusea desaparece durante o dia, e a mulher poderá preencher suas necessidades dietéticas com o aumento da ingestão de alimentos durante a tarde, no jantar e antes de dormir. O segredo para contornar as náuseas é não passar muito tempo em jejum. Quanto maior o jejum, maior a náusea. Por isso é tão comum a náusea matinal. Comer uma fruta, castanhas, amêndoas, torradas a cada 2 horas pode ajudar. O gengibre é um forte aliado.

Para as que enjoam ao despertar, sugere-se que não lavem a boca com água fria, porque isso provoca a contração do estômago. A gestante, 15 a 20 minutos antes de escovar os dentes, deve comer bolachas com leite ou chá quente.

Tais medidas, associadas a uma medicação adequada, são de grande valor. Se o vômito persistir e tornar-se muito constante, haverá necessidade de cuidados médicos e, muitas vezes, até de internação.

DIETA ANTI NÁUSEAS E VÔMITOS

Alimentos Permitidos

Carnes: Carnes magras, peixe, frango.

Ovos: Bem cozidos.

Queijo: Tipo suíço, ricota ou americano.

Pães: Torradas de pão branco enriquecido e biscoitos de água e sal.

Cereais: Bem cozidos e prontos para servir.

Batatas: Cozidas na água ou na forma de purê.

Gorduras: Manteiga ou margarina e pasta de amendoim em quantidades limitadas.

Sobremesas: Biscoitos de araruta, bolos leves, doce-de-leite, sorvete de baunilha (se tolerado).

Líquido: No início do regime alimentar, todos os líquidos são servidos entre as refeições. Mais tarde, se tolerados, podem ser permitidos líquidos às refeições.

Modelo de um cardápio

8 h: Cereais com açúcar, margarina ou manteiga, torrada de pão branco com geleia

10 h: Suco de laranja

11 h: Leite (desnatado)

12 h: Carne magra (pequena porção), batata cozida, torradas de pão branco enriquecido com pouca manteiga, geleia, sobremesa

14 h: Leite (desnatado)

16 h: Suco de laranja

18 h: Carne ou queijo (pequena porção), batata ou sobremesa, biscoito água e sal ou torrada, geleia ou creme de amendoim

20 h: Leite (desnatado)

Metabolismo

O perfil metabólico da paciente está alterado em todos os aspectos, tanto o metabolismo proteico, como o dos lípides (gorduras), dos glicídios (açúcares) e das vitaminas. Esta mudança é responsável por grande parte das alterações orgânicas que ocorrem neste período.

Alterações da pele

São algumas das manifestações usuais da grávida, sendo mais comuns em mulheres claras. No rosto, onde ocorrem principalmente, recebem o nome de cloasma gravídico e são manchas que, após o parto, podem ser tratadas com cremes clareadores. As estrias surgem em geral no abdômen, nas nádegas e nas mamas. Estão relacionadas ao aumento de peso e predisposição da gestante. Existe também aumento exagerado das pilosidades, que regridem após o parto. A mucosa nasal apresenta-se congesta, originando, frequentemente, sangramento nasal e secreção (rinite da grávida). As alterações cutâneas deverão ser cuidadas conforme explicado no capítulo 10 - Cuidados Estéticos.

Sistema locomotor (ossos e articulações)

As articulações da gestante ficam mais móveis, o que propicia, juntamente com outros fatores, quedas e luxações. Podem surgir descalcificações ósseas, pois o metabolismo alterado faz com que o organismo retire cálcio para enviá-lo ao feto. Por isso é muito importante uma dieta riquíssima em cálcio.

Alterações genitais

A vulva e a vagina ficam inchadas, havendo queda de resistência às infecções. O “corrimento vaginal” branco sem odor e sem coceira, que geralmente surge na gestação, é considerado normal e de difícil tratamento por causa das frequentes reinfecções, porém sem risco para a gestante. Quando for amarelado, fétido e pruriginoso merece tratamento especializado.

Movimentos ativos do feto

O feto apresenta movimentos ativos desde a 10ª semana de gestação. A mãe só irá percebê-lo por volta do 5º mês. As mães que já tiveram o primeiro filho podem percebê-los já a partir do 3º mês.

Contrações uterinas durante a gestação

É normal que o útero apresente contrações esporádicas durante a gravidez. São perceptíveis após o 5º mês, e caracterizam-se por uma sensação de endurecimento do útero. Contrações de treinamento são normais se apresentarem a frequência de duas a 3 contrações por hora. Acima disso é necessária avaliação médica. As contrações do trabalho de parto são diferentes: são coordenadas, a característica é de serem cada vez mais frequente e cada vez mais intensa. A duração, geralmente é maior e o intervalo entre as contrações menores, por exemplo, uma contração a cada 5 minutos. Geralmente são dolorosas.



Descobrimo o sexo do bebê

Foi-se o tempo em que o sexo do bebê só era conhecido na hora do parto. Desde o surgimento do ultrassom, a evolução tecnológica tem permitido que cada vez mais precocemente se desvende o mistério inicial do sexo do bebê.

Atualmente, com bons aparelhos e profissionais experientes, pode-se detectar a imagem do sexo pelo ultrassom até com 13 semanas de gestação, no momento em que estiver sendo realizado o exame da Translucência Nucal.

Entretanto, esta visibilização dependerá da posição do bebê, que se não estiver em uma situação favorável, fará com que a identificação do sexo seja adiada para 4 meses e meio de gestação, quando for realizado o ultrassom morfológico, e mesmo assim, a situação também deverá ser favorável neste momento.

SEXAGEM FETAL (8 SEMANAS DE GESTAÇÃO OU MENOS)

Identificação do sexo do bebê, através do DNA no sangue materno

A sexagem fetal, ou diagnóstico precoce do sexo do bebê, é uma nova técnica para identificação do sexo do feto numa fase inicial da gestação, realizada através de uma amostra de sangue da mãe. Durante a gestação, existe a passagem de uma pequena quantidade de células fetais para o sangue materno. O exame dessas células na corrente sanguínea, revela o sexo do bebê sem riscos, pois requer apenas a coleta de um pouco de sangue materno. Existe a esperança de, no futuro, exames desse tipo substituam a Amniocentese e biópsia de vilo corial para avaliação segura de anomalias cromossômicas. Entretanto, ainda existem dificuldades pelo fato da quantidade dessas células serem muito pequenas e de difícil identificação. Várias tentativas têm sido feitas e já se conseguiram muitos avanços.

Este teste se baseia na identificação de partes do cromossomo Y na circulação materna. Como apenas o indivíduo do sexo masculino possui esse cromossomo dentro de sua célula, sua presença indica um menino e sua ausência indica uma menina. Este exame é feito em laboratório de Biologia Molecular e vem sendo desenvolvido e experimentado há algum tempo.

SEXAGEM FETAL

Índice de acerto do teste de determinação do sexo fetal pela análise do DNA no plasma materno, de acordo com o sexo do bebê e idade gestacional. Vemos que a maior taxa de acerto do diagnóstico ocorre a partir da oitava semana de gestação.

Semanas	Nº de pacientes	Fem.	Masc.
< 8	39	74%	99%
8 - 12	174	99%*	99%*
11-12	122	99%*	99%*
> 13	218	99%*	99%*

*Obs.: Embora até hoje não se tenham observado erros na determinação do sexo após 8 semanas de gestação prefere-se, por motivos éticos, considerar a taxa máxima de acerto 99%.



Ameaças ao bem-estar da mãe e do bebê

Diferente do capítulo 4, que aponta alterações naturais e inocentes para gestação, este apresenta atitudes e comportamentos que interferem no bem estar da mãe e do bebê, aos quais a gestante deve estar sempre alerta. Com estas informações, a futura mãe pode evitar perigos desnecessários à sua saúde e à saúde do bebê, ao mesmo tempo que as pessoas que estão ao seu redor podem dar apoio e ajudá-la a evitar exposição a tais riscos.

A partir da fecundação, dá-se início a um processo extremamente complexo e delicado. Desde o momento da concepção, as células dividem-se e diferenciam-se para formar os órgãos do bebê, até que, 9 meses depois, um pequeno ser humano nasce. A maioria dos bebês nasce normal e saudável, mas, infelizmente, nem todos vêm ao mundo com seu potencial físico e mental em ótimas condições.

Entre as causas que resultam em bebês imperfeitos, as ambientais são muito importantes, como por exemplo: drogas, raios X, medicamentos, fumo, algumas doenças infecciosas, etc, e, até mesmo, o próprio parto pode ser perigoso se não houver uma boa assistência.

Existem outras causas, mas são de origem genética, e não podem ser controladas, apesar de poderem ser detectadas no período pré-natal.

Para o bom desenvolvimento do feto, a gestante deve estar com o organismo em boas condições. Comer apropriadamente, evitar cigarros, excesso de bebidas alcoólicas e medicamentos desnecessários são características de um padrão consciencioso de boa saúde, além de ser tremendamente benéfico para a gravidez.

MEDICAMENTOS PROIBIDOS E PERMITIDOS

Muitos remédios ingeridos durante a gravidez podem afetar o feto. O efeito deles, nos bebês, pode ser bastante diferente daquele causado aos adultos. A talidomida, tão conhecida, é um exemplo disto. Sintetizada na Alemanha Ocidental, em 1954, foi considerada, na época, um dos mais seguros tranquilizantes já produzidos. Porém, quando ingerido no início da gestação, leva a um risco de sérios problemas no desenvolvimento dos braços e pernas do bebê.

Os medicamentos que podem causar alterações no desenvolvimento fetal são chamados de teratogênicos. Os teratogênicos conhecidos podem causar inúmeras imperfeições, incluindo-se aí, deficiência no crescimento do bebê.

Potencialmente, qualquer droga pode ser teratogênica. Não tome nenhuma medicação sem a autorização do médico. Se você toma medicações por apresentar alguma doença crônica entre em contato com seu médico e explique o desejo da gravidez. Algumas medicações podem ser trocadas por outras antes de se iniciar a gestação. Caso você engravide de surpresa, assim que tiver o diagnóstico de gravidez, entre em contato com seu médico para avaliação de necessidade de troca da medicação.

INFECÇÕES

Controlar ou evitar infecções é um outro fator fundamental para o bem estar do concepto. Quando a gestante tem uma infecção, por vírus ou bactéria, estes, caindo na corrente sanguínea, podem infectar a criança, que, por sua vez, tem uma capacidade muito limitada para se proteger contra as infecções. Uma vez infectado, poderão ocorrer problemas sérios em seu desenvolvimento. Manter a carteira de vacinação atualizada é fundamental para se evitar infecções passíveis de prevenção durante a gravidez.

Felizmente não existe preocupações com respeito ao resfriado comum ou a uma grande parte das doenças infecciosas que ocorrem durante a gravidez. A seguir, mostraremos algumas das infecções da mãe que podem alterar o desenvolvimento do bebê, mesmo quando a própria gestante não está seriamente doente.

RUBÉOLA

Essa doença é benigna na maioria dos adultos. Se a gestante contrair esta moléstia nos 3 primeiros meses de gravidez, existe um sério risco de o bebê ser infectado. A criança pode sofrer problemas como deficiência mental ou do crescimento, além de surdez, catarata e defeitos no coração.

Não existe tratamento efetivo para essas anomalias. Em caso de dúvida, estudos podem ser feitos para pesquisa de anticorpos no sangue, a fim de detectar uma rubéola recente. O aumento desses anticorpos no sangue do tipo IgM, indicará uma infecção recente. A vacina contra a rubéola tem sido usada com grande efetividade na prevenção da doença. Todas as crianças deveriam receber essa vacina. Mulheres com intenção de engravidar devem tomá-la nos exames pré-nupciais, caso ainda não tenham tido rubéola ou recebido a vacina anteriormente.

HERPES GENITAL SIMPLES

Esse vírus é bastante importante no que tange a doenças sexualmente transmissíveis e, até o momento, não há solução para esse problema.

A gestante com essa infecção raramente infecta o bebê antes do nascimento, todavia, se a época da crise coincidir com o parto - o momento da passagem do feto pela vagina - este poderá ser contaminado. O vírus pode não causar apenas a doença da forma igual a do adulto (uma erupção bolhosa), mas poderá, também, causar sérias alterações no cérebro do bebê, levando-o à deficiência mental. A mulher contaminada pode ter uma ou mais feridas na região vaginal. Se a infecção de herpes genital na mãe for descoberta na época do nascimento, o parto deverá ser, sem dúvida, cesariana.

Entretanto, embora a fase mais propícia para o contágio seja quando da presença de vesículas, a secreção vaginal pode também contaminar. As próprias lesões, antes de se manifestarem clinicamente, podem estar numa fase subclínica e, nesse caso, são potencialmente capazes de transmitir o vírus. Assim, a cesárea, hoje, tem suas indicações ampliadas a todos os casos de herpes genital, independentemente de a paciente estar em crise ou não na época próxima do parto.

Para mulheres que querem parto normal e tiveram herpes genital tratada na gravidez é possível a supressão viral com uso de medicações a partir de 36 semanas até o parto. Evita-se assim a transmissão vertical (da mãe para o feto) do vírus do herpes.

SÍFILIS

Os exames rotineiros para sífilis no início da gravidez, juntamente com tratamento efetivo com antibióticos na mulher contaminada, têm reduzido de maneira marcante o número de bebês nascidos com sífilis congênita. A sífilis pode ser transmitida pela placenta, e quando não tratada causa ao feto alterações a curto e longo prazo. Ocorrem mudanças no sistema nervoso, nos dentes, na pele e nos ossos.

Recentemente tem-se diagnosticado uma epidemia de sífilis no Brasil, principalmente no período gestacional. A pesquisa durante o pré-natal, o tratamento do casal, assim como o acompanhamento após o tratamento é de extrema importância para evitar o aparecimento da sífilis congênita.

TOXOPLASMOSE

Esse agente é um microrganismo, similar à malária. Raramente produz uma doença séria no adulto. No feto, porém, poderá causar deficiência mental e alterações no crescimento da criança.

Se a mulher já teve toxoplasmose antes da gravidez ela é considerada imune e o feto não corre riscos; a exceção se faz em mulheres imunodeficientes graves. Se a mulher não teve infecção prévio a gravidez é necessário que algumas medidas preventivas sejam realizadas:

- Não ingerir carnes cruas, mal-cozidas ou mal passadas;
- Lavar as mãos ao manipular alimentos, principalmente carnes cruas;
- Após manusear a carne crua, lavar bem as mãos, assim como também toda
- a superfície que entrou em contato com o alimento e todos os utensílios utilizados;
- Lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar;
- Se tem o costume de fazer jardinagem ou mexer com plantação usar luvas e lavar bem as mãos após contato com o solo e terra de jardim;
- Evitar contato com fezes de gato no lixo ou solo;
- Não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, seja de vaca
- ou de cabra;
- Propor que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos, caso não seja possível, limpá-la e trocá-la diariamente, utilizando luvas e pzinha;
- Alimentar os gatos com carne cozida ou ração não deixando que estes ingiram sua caça;
- Lavar bem as mãos após contato com os animais

Ainda assim se apesar dos cuidados for diagnosticado infecção recente por toxoplasmose, e portanto, na gravidez com risco de contaminação do feto é necessário tratamento da mãe e pesquisa no feto para saber se ele foi contaminado pela infecção. Se sim, é possível realizar o tratamento fetal.

CITOMEGALOVÍRUS

É um vírus que integra a família das herpes, e a contaminação é feita por secreções contaminadas, como sangue, saliva, leite materno e outros. A doença, no adulto, é geralmente assintomática, mas pode provocar sintomas semelhantes a qualquer outra infecção viral e, por isso, seu diagnóstico só pode ser feito por meio de exame de sangue. A transmissão para o bebê é feita pelo sangue durante a gravidez, só quando a mãe possui a infecção na fase aguda da doença. No recém-nascido causa alterações no coração, pulmão, fígado, entre outros. Não há tratamento específico para o citomegalovírus na gravidez.

HIV

A chance de transmissão do HIV, de mães sem tratamento durante a gestação para o bebê, é de 13% a 39%, podendo ocorrer via transplacentária (durante a gestação), via intraparto, por contato com sangue e secreções maternas contaminadas, ou, ainda, pelo leite materno. Alguns fatores aumentam a chance de transmissão, como por exemplo: estágio clínico avançado da doença, carga viral elevada e coexistência de outras infecções. Os recém-nascidos contaminados com HIV, raramente apresentam sintoma nos primeiros 5 meses de vida. A maioria desenvolve a doença apenas após o 5º

ano de vida, entretanto, 10% a 15% dos bebês infectados podem morrer aos 4 anos de idade, geralmente antes dos 18 meses.

Gestantes com diagnóstico de HIV deverão realizar tratamento antirretroviral. Tratamento adequado geralmente negativa a circulação viral no sangue materno, e portanto, a transmissão do HIV para o bebê (transmissão menor do que 1%). A depender da carga viral mensurada a partir da 35ª semana de gestação é possível o parto normal sem aumentar o risco de transmissão para o bebê. Infelizmente, não está recomendado o aleitamento materno pelo risco de transmissão para a criança.

HEPATITES A, B E C

A hepatite B merece uma grande atenção. Quando a mãe tem o vírus da hepatite B (infecção aguda), ou é portadora crônica, este pode ser transmitido para o bebê, principalmente durante o trabalho de parto, devido ao contato com sangue e secreções maternas contaminadas.

É fundamental pedirmos a sorologia para hepatite B (exame de sangue) durante o pré-natal, pois, se positivo, a depender da carga viral materna, é possível tratar a mãe para diminuir a possibilidade de transmissão para o bebê. De qualquer forma, o tratamento para o recém-nascido será iniciado logo após o nascimento, diminuindo muito as complicações.

Quando a hepatite aguda ocorre no primeiro trimestre de gravidez, a taxa de transmissão é de aproximadamente 10%, e de 80% a 90% quando adquirida no terceiro trimestre.

As crianças infectadas pelo vírus da hepatite B podem evoluir com a doença subclínica ou desenvolver no futuro problemas sérios.

A prevenção da hepatite pode ser realizada com a vacina, que deve ser sempre administrada em mulheres com sorologia negativa que desejam engravidar, ou mesmo durante a gravidez.

A hepatite A é pouco importante e dificilmente é transmitida ao feto.

A hepatite C, assim como a hepatite B pode ser tratada durante a gestação, diminuindo, assim, a chance de transmissão para o bebê. Esta transmissão, se ocorrer, tende a desaparecer após o 6º mês de vida.

H.P.V

O Papilomavirus Humano tem provocado, nos últimos vinte anos, um enorme interesse. É uma doença sexualmente transmissível e, ao que tudo indica, de alta infectividade. Com a vacinação do HPV entre adolescentes e em mulheres adultas (quando indicado), houve uma diminuição dos casos de condilomatose na população geral, incluindo na gravidez. Gestantes com condilomatose não apresentam contra-indicação absoluta ao parto normal visto que a transmissão para o feto é extremamente rara. A

decisão pelo parto cesariana ou não será realizada após discussão dos riscos e benefícios entre a gestante, o parceiro e o médico.

RAIO X

As radiações não são, hoje, tão perigosas como no passado, quando eram usadas no tratamento de enfermidades. Há algum tempo, causavam no bebê desenvolvimento incompleto do cérebro (anencefalia) e deficiência mental. Embora não se recomende a exposição ao raio X, é muito comum que a grávida, em algumas circunstâncias, seja submetida a esse exame. A gestante deve ficar tranquila pois mesmo que isso tenha ocorrido no início da gravidez, quando nem sabia que estava grávida, essa irradiação só será perigosa quando emitida em grande quantidade, o que é difícil nos exames comuns. Quando for realmente necessário, pode-se fazer uso do avental de chumbo que protege ainda mais o bebê das irradiações.

Mesmo outros exames mais potentes e com maior teor de radiação são potencialmente seguros durante a gravidez. Claro que é sempre recomendado evitar qualquer exame de imagem na gravidez. Porém, as vezes necessário para diagnósticos de enfermidades importantes, deve-se avaliar riscos e benefícios para sua realização. A tabela abaixo mostra a quantidade média de radiação (em mGy). Vale ressaltar que efeitos deletérios não são esperados em períodos críticos do desenvolvimento (embriogênese), a não ser que a dose exceda a **50–100 mGy**.

Tipo de Exame	Dosagem média (mGy)	Dosagem máxima (mGy)
RX crânio	< 0,01	< 0,01
RX tórax	< 0,01	< 0,01
RX abdominal	1,4	4,2
RX pelve	1,1	4
RX coluna cervical	< 0,01	-
RX coluna torácica	< 0,01	< 0,01
RX coluna lombar	1,7	10
Urografia excretora	1,7	10
TC cabeça	< 0,005	< 0,005
TC tórax	< 0,06	1
TC abdomen	8	49
TC pelve	25	80
Enema baritado	1,1	5,8
Angiografia cerebral	< 0,1	-
Angiografia pulmonar (via artéria femural)	2,21-3,74	-

CUIDADOS COM OS DENTES, GENGIVAS E VISITAS AO DENTISTA

Há, frequentemente, piora das condições dentárias durante a gestação. As cáries aparecem e quando existentes pioram. A gengivite (inflamação das gengivas) é comum, apresentando sangramentos frequentes. A higiene bucal deve ser rigorosa. O dentista deve ser consultado, se possível, no 2º e no 6º mês de gestação. Se houver necessidade de anestesia, não há problema, pois o risco para a gravidez é insignificante, desde que o anestésico usado seja sem vasoconstrictor.

CINTA

Genericamente falando, usá-las ou não, vai depender do seu conforto. As dores nas costas, em especial, incidem na gravidez devido à mudança no mecanismo dinâmico de sustentação do peso e podem ser aliviadas pelo apoio dado pela cinta de gestante, convenientemente adequada e bem-feita. A cinta não deve atrapalhar os movimentos respiratórios da parede abdominal, deve estar bem apertada no nível do osso íliaco (bacia), e sustentar a região inferior do abdômen, nunca comprimindo sua parte superior. Deve servir como um apoio no abdômen, que se tornou grande pelo aumento do útero.

A partir do 4º ou 5º mês, as roupas apertadas não devem ser usadas. Nesse particular, vestuários bem adaptados e da moda são encontrados, podendo a mulher, no estado de gravidez, vestir-se de acordo com seu gosto.

SAPATOS

Os sapatos não devem ser de saltos muito altos nem muito baixos, pela postura característica da gestante. Os melhores sapatos são aqueles confortáveis, e que possuem um salto largo e baixo (3 a 5cm). Saltos de borracha evitam deslizamentos, além de diminuir a quantidade de vibrações no andar. É bom lembrar de que as grávidas escorregam e caem muito. Nos últimos meses de gestação, os pés podem inchar um pouco; sapatos ligeiramente maiores podem ser necessários para o conforto. O uso de meias elásticas de média compressão é recomendado.

BANHOS DE SOL

Na gravidez é produzido em maior quantidade um hormônio chamado melanina, que age no corpo escurecendo rosto, pescoço, mamilos, genitais, virilhas e axilas. No seio, tem a função de evitar rachaduras. Na presença do sol, essa hiperpigmentação pode impregnar-se nessas partes do corpo, tornando difícil o seu desaparecimento. Por isso, recomenda-se tomar sol somente nos seguintes horários: de manhã até 9h30 e à tarde após 16h - atenção ao horário de verão é importante usar protetores solar, conforme recomendações no capítulo 10 “Cuidados estéticos”.

BANHOS DE MAR, PISCINA E SAUNA

Não há nenhuma restrição. A gestante poderá entrar no mar. As pacientes sujeitas à instabilidade de pressão arterial devem evitar os banhos de sauna por levarem a grandes variações de temperatura. A pele deve permanecer limpa e seca, pois a secreção sebácea e o suor surgem em maior quantidade na gestante, o que pode ocasionar irritações cutâneas desagradáveis. Quando isso ocorre, devem ser usados cremes adequados para limpeza (leite de limpeza, loção tônica, e hidratantes indicados a cada tipo de pele).

REPOUSO E RECREAÇÃO

A futura mãe deve aprender a descansar com frequência, especialmente se continua exercendo sua atividade profissional ou seus afazeres domésticos. A mulher, que se cansa facilmente, irá beneficiar-se com um pequeno sono à tarde. Mesmo que não consiga dormir, é reconfortante um relaxamento completo em posição reclinada. A gestante que tem filhos pequenos pode fazer a sua sesta ao mesmo tempo que as crianças. Se durante o dia são feitos exercícios, não há necessidade de temer que um ligeiro cochilo, à tarde, prejudique o sono noturno. A gestante deve continuar com suas distrações favoritas, o que contribui para um melhor equilíbrio emocional. Não há razão para que se privem de outros entretenimentos de maneira ativa ou apenas como espectadoras. Lugares para diversões podem ser visitados, mas somente aqueles com boa ventilação. Recomenda-se evitar locais aglomerados.

VIAGENS

Viagens aéreas poderão ser feitas até o 7º mês de gravidez. As companhias aéreas exigem um atestado médico, que é dado pelo obstetra. Após o 7º mês, só é permitido fazer viagens curtas (com até 1 hora de duração) de carro, em rodovias tranquilas e não acidentadas ou esburacadas. No último mês de gestação, a paciente deve estar sempre, no máximo, 60 minutos de distância da maternidade escolhida.



Aspectos psicológicos da gravidez

A decisão de ter filhos, iniciar o projeto familiar, é um momento de vida muito especial para os casais. Tanto a maternidade como a paternidade oferecem oportunidades para que se desenvolvam aspectos pessoais da personalidade, assim como, fortaleçam os vínculos conjugal e familiar.

No processo de gestação, a mulher passa por profundas transformações, não só físicas como também emocionais. Assim, é importante que sejam conhecidos alguns destes aspectos, pois muitos sintomas podem ser acentuados ou aliviados em função da capacidade da grávida lidar com as próprias emoções.

PRIMEIRO TRIMESTRE

A percepção de estar grávida dá início a uma incrível jornada de nove meses na vida da mulher. Seja através de sonhos, intuições ou do exame clínico propriamente dito, a confirmação da gravidez remete ao primeiro processo de adaptação física e emocional, à concepção e gestação de um novo ser.

Diversos sintomas são provocados pelas alterações bioquímicas e hormonais: vômitos, náuseas, tonturas, hipersonia, entre outros.

Concomitante a estas mudanças biológicas, a gestante também apresenta vivências emocionais características desta fase. Os sentimentos ambivalentes em relação à gravidez remetem ao “querer” e ao “não-querer” estar grávida e são desejos contraditórios, oscilando o tempo todo.

Fenômeno absolutamente natural, os sentimentos psicológicos ambíguos, como a insegurança, também são caracterizados pelas instabilidades de humor e fazem parte de um processo normal de adaptação.

As oscilações de humor, assim como, o aumento da sensibilidade (áreas do olfato, paladar e audição), são sintomas muito frequentes. A mulher, ora feliz e disposta, ora deprimida e chorando sem motivo aparente, passa por esta primeira fase importante de adaptação. É fundamental que o marido ou companheiro tenha conhecimento dessas mudanças para que possa oferecer apoio e compreensão, tão necessários à mulher neste momento.

Um dos sintomas mais frequentes na gravidez são os vômitos. Quando estes ocorrem em excesso, chegando até a colocar em risco a gestação, trata-se do quadro clínico,

já descrito, denominado “hiperêmese gravídica”. Além dos cuidados médicos necessários, é importante que a gestante receba apoio psicológico, pois alguns desses quadros estão associados a conflitos em relação a estas oscilações entre a aceitação e a rejeição da gravidez.

SEGUNDO TRIMESTRE

Esta fase da gravidez é considerada a mais estável do ponto de vista emocional. A percepção dos movimentos fetais, um importante acontecimento na gravidez, faz com que a mulher possa sentir o feto como uma realidade concreta. Essa interação mãe-feto, extremamente importante para a formação da relação materno-filial que irá se estabelecer, é intensamente favorecida pelas imagens dos exames ultrassonográficos.

As imagens visibilizadas ao ultrassom, associadas às fantasias dos pais sobre as possíveis características físicas e de personalidade do bebê, auxiliam no fortalecimento do vínculo estabelecido entre mãe-filho. Uma vez que os maridos não podem “sentir” o bebê dentro deles, este momento também proporciona uma imagem mais concreta e real do filho para o homem.

Alterações do desejo sexual são comuns nesta fase. É extremamente importante que o casal consiga manter um bom diálogo para que esta situação não desencadeie mais ansiedades nas gestantes. As mulheres já estão vivendo um intenso processo de modificação no seu esquema corporal, com diversas fantasias e medos com relação à sua feminilidade e sexualidade, assumindo o novo papel maternal, que somente uma atitude compreensiva do marido pode ser útil.

É aconselhável que a gestante mantenha um ritmo de trabalho adequado, alimente-se bem, descanse sempre que necessário e mantenha uma rotina de exercícios adaptados a gravidez. Estes fatores irão proporcionar maior bem estar e diminuir o stress e as ansiedades características desta fase.

TERCEIRO TRIMESTRE

Com a aproximação do parto, o nível de ansiedade tende a aumentar. Os preparativos para a chegada do bebê começam a se intensificar e diversas dúvidas aparecem. As mais comuns dizem respeito aos primeiros sinais do trabalho de parto, à amamentação, à depressão pós-parto, entre outros.

Além de sempre esclarecer todas as dúvidas com seu médico, os casais também podem contar com cursos de preparação para o parto e puerpério, onde poderão se preparar física e psicologicamente para a chegada do bebê. Este preparo envolve aulas explicativas e a preparação da gestante e do companheiro com alguns exercícios específicos para o parto, que auxiliam na dilatação e na readaptação no pós-parto. Informe-se sempre com o seu médico sobre a melhor opção para vocês.

A maternidade é uma nova experiência de vida, e o processo de gestar e dar a luz faz parte da consciência de raça, que obedece a uma das mais antigas leis da natureza: a lei de que a vida do indivíduo deve ser devotada não somente à auto-preservação, mas também à continuidade da espécie.

Por esta razão, a experiência da maternidade coloca a mulher diretamente com o “ser feminino” primordial, ser este que, às vezes adormecido dentro dela, acorda com sabedoria para executar uma antiga e tradicional tarefa de procriação.

A mulher deve confiar em sua sensibilidade e seguir sua intuição. Toda relação maternal irá se desenvolver no dia-a-dia da convivência amorosa entre mãe-filho.

Quando os fatores emocionais, como ansiedade, medos e angústias com relação a esta nova etapa de vida estiverem exacerbadas, a ponto de atrapalhar este processo natural, é importante que os casais busquem ajuda o mais rápido possível. Todo esforço é válido quando pensamos que o desenvolvimento emocional dos filhos depende da capacidade amorosa de cuidar dos pais.

PÓS-PARTO

Após o parto não é incomum que a queda dos hormônios somado ao cansaço dos cuidados com o recém-nascido, além da mudança da atenção do parceiro e familiares da gestante para o bebê faça com que a recente mãe apresente um humor mais entristecido. Essa fase chamada de Blues Puerperal em geral tem duração de 1 a duas semanas e tem resolução espontânea. Se os sintomas permanecerem por tempo mais prolongado, ou, forem tão graves a ponto de não permitirem com que a recente mãe realize suas atividades normalmente, ajuda especializada é necessária.



Cuidados com a alimentação

“... A mãe nutre seu filho mesmo antes do nascimento dele. Além disso, transfere hábitos alimentares para seu bebê em crescimento, que, por sua vez, vai passá-los para a próxima geração como herança.”

A ideia deste capítulo é orientar a gestante para que ela seja saudável e esteticamente satisfeita.

Todos os cuidados em relação ao bom andamento da gestação, como controle pré-natal, exames, etc, não terão justificativa, se, em primeiro lugar, não for adotada uma alimentação saudável.

As necessidades nutricionais da mulher modificam-se nesse período, passando a gestante a requerer maior quantidade de calorias e nutrientes específicos como, por exemplo, aumento da ingestão de ferro (mineral) e vitamina A.

A prevalência de anemia (falta de ferro no sangue) é alta na gestação, e dentre as causas que se destacam estão: a baixa ingestão dietética e o não conhecimento de como esse mineral poderia ser melhor absorvido quando ingerido. A anemia por deficiência de ferro está associada à diminuição da capacidade de trabalho e de concentração, à baixa resistência, às infecções, ao aumento da incidência de hemorragias, ao parto prematuro e ao baixo peso do bebê.

A falta de vitamina A compromete a gestação, pois esta é indispensável ao crescimento fetal normal, constitui reserva no fígado do feto e contribui para o crescimento tecidual materno (placenta, mamas, etc).

Os cuidados com a nutrição no pré-natal são importantes, pois permitem identificar precocemente as gestantes com alimentação inadequada, e intervir através de orientação nutricional individualizada. No geral, as grávidas devem aumentar as calorias ingeridas progressivamente no decorrer da gestação e incluir alimentos importantes para um resultado obstétrico desejado (bom peso ao nascer, idade gestacional adequada, ausência de patologias na gestação).

Dentre eles estão os carboidratos, as proteínas e as gorduras. Seguem alguns exemplos que justificam esse aumento:

- O feto necessita de consumo contínuo de glicose para seu crescimento, e, com isso há uma diminuição fisiológica nos níveis de glicemia materna, o que, por si só, justifica um aumento de carboidratos na dieta, a depender do IMC (Índice de Massa Corporea) inicial da gestante.
- Para o fornecimento de glicose para o consumo do feto e para o próprio sistema nervoso materno ocorrem ajustes no metabolismo de gordura da gestante. Parte desta gordura é retirada de seus próprios depósitos para fornecer energia.
- Os níveis sanguíneos de proteína (aminoácidos) são menores na gestação, e tanto esses aminoácidos como a energia são indispensáveis para a formação dos tecidos do feto e das estruturas maternas.

A seguir, algumas vitaminas e minerais e seu papel na gestação, bem como, os alimentos em que são encontrados.

Ácido fólico / metilfolato

É importante para o desenvolvimento perfeito e crescimento normal, na formação de anticorpos, síntese de RNA e DNA, é vital para a divisão celular e síntese proteica, e está envolvido na prevenção dos defeitos do tubo neural. Além da alimentação, é recomendável a suplementação.

Alimentos fonte:

- espinafre
- gérmen de trigo
- suco de laranja
- feijão branco
- levedo de cerveja
- repolho cru
- fígado de boi

Vitamina A

Tem papel de destaque na visão, desenvolvimento fetal, regulação da proliferação e diferenciação celular, manutenção do tecido esquelético e da placenta.

Alimentos fonte:

- agrião
- cenoura
- manga
- abóbora
- fígado de boi
- manteiga
- couve
- leite

Vitamina C

Tem múltiplas funções no organismo, entre elas, a de antioxidante, participa da síntese e manutenção do colágeno (proteína estrutural dos ossos, cartilagens, músculos e vasos sanguíneos), atua na prevenção e no tratamento da anemia ajudando na absorção do ferro e aumenta a imunidade às infecções.

Alimentos fonte:

- acerola
- espinafre
- laranja
- pimentão
- couve
- goiaba
- limão
- couve-flor
- kiwi
- morango

Vitamina D

É fundamental para o equilíbrio do cálcio e do fósforo, sendo essencial ao crescimento ósseo, como fator imunológico. Sua deficiência afeta o crescimento fetal.

Alimentos fonte:

- arenque
- gema de ovo
- sardinha
- fígado de frango
- salmão

Vitamina E

É um antioxidante. A deficiência pode causar anemia hemolítica em prematuros e anormalidades neuromusculares. Alguns estudos sugerem sua ação na prevenção do aborto.

Alimentos fonte:

- abacate
- óleo de milho, soja, girassol
- leite de vaca
- salmão

Vitamina K

É necessária para a coagulação sanguínea. A especificidade da vitamina K; durante a gestação, é indeterminada, contudo, por vários fatores de imaturidade do recém-nascido, este pode desenvolver a “doença hemorrágica do recém-nascido”. Logo, pediatras recomendam uma dose profilática de vitamina K, imediatamente após o nascimento.

Alimentos fonte:

- agrião
- espinafre
- manteiga
- alface
- ervilha verde
- queijos
- brócolis
- fígado bovino
- couve
- repolho

Vitamina B1

Esta vitamina é necessária para o metabolismo de proteínas, gorduras e, principalmente, de carboidratos. A deficiência desta vitamina pode prejudicar o desenvolvimento cerebral.

Alimentos fonte:

- açaí
- farinha de aveia
- amendoim
- flocos de cereais
- avelã
- lentilha
- carne de porco
- macarrão com ovos
- feijão
- tamarindo

Vitamina B2

Dentre as várias funções destaca-se a formação de células vermelhas do sangue; é necessária durante a gestação em quantidades proporcionais ao aumento dos requerimentos energéticos.

Alimentos fonte:

- amêndoas
- feijão
- queijo prato
- castanha de caju
- fígado
- queijo minas
- castanha portuguesa
- lentilha
- flocos de cereais
- ovo de codorna e galinha

Vitamina B6

Esta vitamina vem sendo indicada para gestantes no tratamento da hiperêmese gravídica (vômitos). A suplementação durante a gestação está associada com a melhora do índice de apgar (notas que o bebê recebe ao nascimento e que traduzem o grau de vitalidade). Sabe-se que o aumento na ingestão de proteínas leva a um aumento na ingestão de vitamina B6.

Alimentos fonte:

- aveia
- cereais integrais
- leguminosas
- batatas
- fígado
- carne de porco
- frango

Vitamina B12

As principais manifestações de carência desta vitamina são: anemia megaloblástica e distúrbios neurológicos.

Alimentos fonte:

- produtos de origem animal como: leite e derivados, carnes em geral, vísceras, frutos do mar, embutidos e ovos.

Cálcio

Durante a gestação são transferidos de 25 a 30g de cálcio para o feto, principalmente no 3º trimestre. Sua deficiência pode afetar o crescimento fetal, seu desenvolvimento e o parto prematuro.

Alimentos fonte:

- leite e derivados como queijos e iogurte
- sardinha
- ostras
- salmão

Fósforo

Juntamente com o cálcio é um mineral essencial, encontrado, em grande proporção, nos ossos e dentes. O aparecimento de câimbras, durante a gestação, tem sido relacionada a uma diminuição do cálcio - decorrente de um desequilíbrio da relação cálcio em relação ao fósforo.

Alimentos fonte:

- carne bovina
- peixe
- ovos
- leite e derivados
- nozes
- leguminosas
- cereais
- grãos

Ferro

Na gestação, é necessário não só para repor as perdas normais, como também para a expansão da massa de hemácias. Essencial, também, para cobrir as necessidades fetais e placentárias e garantir o crescimento do feto e da placenta. As necessidades de ferro são maiores a partir do 2º trimestre e é sabido que não são atingidas somente com alimentação, por isso, é recomendada a suplementação. Alimentos ricos em ferro devem ser ingeridos em combinação com alimentos ricos em vitamina C (frutas cítricas), o que favorecerá sua absorção.

Alimentos fonte:

- aves
- feijões
- melado de cana
- banana prata
- fígado de boi
- ovos
- carne bovina
- lentilha
- vegetais de cor verde-escura

Iodo

O iodo está presente na formação dos hormônios de tireoide. A deficiência fetal de iodo é consequência da deficiência materna, resultando em abortos espontâneos e anormalidades congênitas. A importância nutricional deve-se ao importante papel dos hormônios no desenvolvimento cerebral normal.

Alimentos fonte:

- frutos do mar
- peixes
- ricota
- ovos
- queijos
- sal iodado

Zinco

É um importante mineral para as gestantes, devido a sua função no crescimento e desenvolvimento normais. Atua na integridade celular e em várias reações bioquímicas.

Alimentos fonte:

- aves
- leite e derivados
- ostras
- carne bovina
- leguminosas
- peixes
- cereais integrais
- mariscos
- queijos
- fígado
- nozes

Magnésio

Participa no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras. É antagonista ao cálcio, que promove contração muscular normal. O magnésio, por sua vez, promove o relaxamento muscular.

Alimentos fonte:

- grãos de cereais
- vegetais verde-escuros
- leguminosas
- semente de nozes

Omega-3

Estudos recentes tem comprovado a relação entre a ingestão de Omega-3 com a diminuição da incidência de parto prematuro e de doenças respiratórias nos primeiros dois anos do bebê.

Alimentos fonte:

- Peixes: Os peixes de águas frias são uma das principais fontes de **ômega 3**
- Oleaginosas: castanhas, nozes, amêndoas, pistache
- Óleos vegetais. Os óleos vegetais, como o azeite e o óleo de canola, também são uma ótima fonte desse ácido graxo
- Sementes
- Camarão
- Folhas verde escuras
- Leguminosas

Estado nutricional inicial	Ganho de peso <i>total</i> (Kg) no 1º trimestre (IG* < 14 semanas)	Ganho de peso <i>semanal</i> (Kg/semana 2º e 3º trimestre (IG > 14 semanas)	Ganho de peso total (Kg)
Baixo peso (abaixo do peso/altura) IMC < 19	2,3	0,5	12,5 a 18
Eutrófica (peso adequado/altura) IMC entre 19 e 24,9	1,6	0,4	11,5 a 16
Sobrepeso (peso ligeiramente aumentado para altura) IMC entre 25 e 29,9	0,9	0,3	7,0 a 11,5
Obesa (Peso consideravelmente aumentado para altura) IMC acima de 30	-	0,3	>7,0 (adultas) 7 a 9,1 kg (adolescentes)

Como se pode perceber, quanto mais variada for a alimentação, mais facilmente se consegue adquirir todos os nutrientes necessários à gestação.

CONTROLE DE GANHO DE PESO NA GESTAÇÃO

Bebê	3.500g	5.200g = peso perdido logo após o nascimento
Placenta	700g	
Líquido amniótico	1.000g	
Aumento do útero	1.100g	6.000g = peso perdido gradualmente após o nascimento
Aumento das mamas	1.100g	
Aumento do vol. sangüíneo	1.100g	
Aumento do líquido entre os tecidos	2.700g	

Deve-se partir do princípio de que toda gestante deve ter um aumento em seu peso inicial, que dependerá do estado nutricional materno e do peso no início da gestação. Segue abaixo uma tabela demonstrativa:

Vale lembrar que para a gestante adolescente, em fase de crescimento e desenvolvimento, as necessidades de energia e nutrientes são ainda maiores, pois destinam-se a garantir a manutenção dos processos metabólicos e o crescimento da mãe e do feto, além do que, a dieta inadequada é comum entre elas o que, por si só, justificaria a assistência nutricional o mais precocemente possível durante a gestação. É muito comum que gestantes adolescentes, pela idade em que se encontram, comam alimentos não saudáveis (junk foods), ricas em calorias e com baixa qualidade nutricional. O ganho de peso calórico, porém de baixa qualidade, constitui risco para a mãe e para os resultados perinatais.

Para gestação gemelar (dois fetos), o ganho de peso total recomendado está em torno de 16 a 20 Kg, com ganho semanal de aproximadamente 0,750 Kg no 2º e 3º trimestres, relacionando-se com melhores resultados obstétricos.

Orientação nutricional para gestantes com ganho de peso insuficiente

- Tentar descobrir se as causas não são sintomas digestivos (enjoo, vômitos), infecção, aumento de atividade física ou simplesmente erros alimentares;
- No caso da alimentação estar adequada (com todos os grupos de alimentos presentes), aumente a quantidade de alimentos a ser ingerida, de acordo com preferências;
- Aumente o fracionamento da dieta (6 refeições ao dia) alimentando-se a cada 3 horas;
- Aumente, com orientação, a quantidade de óleo e açúcar nas preparações

- (aumenta-se a densidade calórica);
- Modere o consumo de café e chá mate;
 - Aumente a ingestão de líquidos entre as refeições;
 - Evite o fumo e o uso de bebidas alcoólicas;
 - Conscientize-se do ganho de peso recomendado.

Orientação nutricional para gestantes com ganho de peso excessivo

- Descubra as possíveis causas como enjojo, náuseas (comer em pequenas frações várias vezes ao dia para diminuir este sintoma), ansiedade, “desejos” ou simplesmente dieta inapropriada;
- Verifique se a sua dieta é inapropriada. Se a resposta for positiva corrija erros alimentares como o consumo excessivo de alimentos muito calóricos, como fritura, doce, chocolate, etc e ou de “calorias vazias” sem valor nutricional, como o refrigerante;
- Aumente o fracionamento da dieta (6 refeições ao dia), diminuindo a quantidade de alimentos ingeridos;
- Busque estabelecer novos hábitos, aprendendo a se alimentar corretamente;
- Prepare os alimentos assados, cozidos ou grelhados;
- Use óleo com moderação, excluindo banha e toucinho nas preparações;
- Para temperar use alho, cebola, ervas, cheiro-verde, sal (em pequena quantidade), limão ou o que mais apreciar, tomando cuidados com molhos industrializados;
- Não consuma arroz, batata e massas em uma mesma refeição; escolha um destes alimentos;
- Aumente a ingestão de vegetais. Dê preferência aos crus, pois são mais nutritivos e aumentam a saciedade;
- Aumente a ingestão de frutas ao invés de sobremesas elaboradas ou doces;
- Use leite e derivados com menor quantidade de gordura (desnatado);
- Aumente o consumo de alimentos integrais - são mais nutritivos e têm mais fibras - isto ajudará no funcionamento intestinal;
- Aumente a ingestão de líquidos (água) entre as refeições;
- Utilize o açúcar para adoçar líquidos ou não adoce sucos, principalmente os de frutas. O uso de adoçantes deve ser conversado com o médico ou nutricionista que irão avaliar seu caso e, havendo necessidade, poderão indicar o uso;
- Alimente-se adequadamente todos os dias, inclusive aos sábados, domingos e feriados;
- Aumente atividade física, caso não seja contraindicado.

É importante salientar que o fato de estar acima do peso, não significa estar bem nutrido. Esta preocupação não visa somente à estética, mas, principalmente, a garantia de que um desejado e recomendado ganho de peso, evite certas patologias durante a gestação, como o desenvolvimento de diabetes gestacional e a hipertensão arterial, que podem acontecer pelo aumento exagerado no peso e, conseqüentemente, comprometer

a saúde da mãe e do bebê.

O sobrepeso e a diabetes podem ainda causar problemas no momento do parto, e dificultar a recuperação pós-parto.

Psicologia do controle de peso e modificação do comportamento

A modificação do comportamento como coadjuvante na terapia do controle de peso é usada há alguns anos, e tem sido fundamental para o sucesso do emagrecimento. Na gravidez, com a mudança natural do metabolismo, essa modificação é muito importante.

O obeso, independentemente da idade, tem, na maioria das vezes, hábitos alimentares ruins. Se os costumes anteriores causam excesso de peso, a paciente precisa, então, mudar seus hábitos.

A gestante, com tendência a obesidade, deve estar, em primeiro lugar, consciente de que precisa controlar o peso. Mas só a consciência não basta; precisa estar realmente interessada em controlar a alimentação, desejando muito realizar essa tarefa. Deve criar soluções possíveis e ficar profundamente envolvida com o planejamento da alimentação. Se no início do plano não ficar satisfeita, deverá ter paciência e entusiasmo para ajustes e satisfação completa do programa. Esse total envolvimento é fundamental para o sucesso do programa. Se isso não ocorrer, a paciente obesa se limitará a “seguir dietas” por tempo determinado, não engordando muito em um determinado mês, mas depois tornará, provavelmente, a ter um aumento de peso mensal acima do desejado, por não ter mudado seus hábitos e padrões alimentares: hábitos alimentares são adquiridos.

A mudança de qualquer comportamento, especialmente o alimentar, não é fácil nem rápida. Enquanto aprendem novos hábitos e alteram os antigos, as pessoas precisam de incentivo e reforço positivo constantes. No começo, muito disso vem de observações próprias na forma de anotações diárias que mostram o controle sobre o comportamento alimentar. Mais tarde, o reforço virá dos comentários das outras pessoas a respeito da boa aparência, do bem estar e de uma imagem física agradável. É sempre bom lembrar que a meta é a adoção de melhores hábitos, o que, conseqüentemente, levará a um ganho adequado de peso na gestação.

A ideia do novo hábito é essencial. A gestante deve absorver e fixar essa filosofia, fazendo com que esteja presente em todos os momentos do cotidiano.

Sugestões para iniciar mudanças do comportamento alimentar

- Mastigue cada porção de alimento 15 vezes, antes de engolir;
- Deixe os talheres no prato entre cada porção de alimento;
- Espere 15 segundos entre cada porção de alimento;
- Sente-se à mesa antes de começar a comer;
- Coma em apenas um lugar, preferencialmente na cozinha ou na sala de jantar. Não veja TV, nem trabalhe durante as refeições. Quando não estiver comendo, torne-se indiferente à comida;

- Descubra outras atividades, além da alimentação, que sejam agradáveis (sociais e esportivas), e exerça-as em vez de comer;
- Sirva refeições em um prato menor, de modo a parecer que há mais alimento;
- Escreva a quantidade de tudo que foi comido para não ultrapassar o número de calorias programado;
- Falar muito ou discutir durante as refeições aumenta a ingestão de ar (aerofagia), prejudicando a secreção de enzimas digestivas;
- Não use goma de mascar (chiclete);
- Faça de 5 a 6 refeições por dia, mas não ultrapasse o número de calorias recomendado (5 ou 6 refeições não significa “beliscar”).

TABELA DE CALORIAS

Você pode alterar o seu cardápio escolhendo tudo o que quiser e tiver vontade, sem restrições, desde que se limite ao número determinado de calorias por dia. Mantenha uma dieta equilibrada em proteínas, carboidratos e gorduras.

Grupo I

Estes podem ser ingeridos à vontade: acelga, agrião, aipo, alface, almeirão, alcachofra, aspargo, berinjela, couve, escarola, espinafre, erva-doce, mostarda, jiló, nabo, folha de beterraba, pepino, pimentão, rabanete, repolho, salsão e tomate.

Grupo II – Legumes: 35 calorias/porção

Alimento	Quant./Medida caseira
Abóbora	1 pires de chá
Abobrinha	1 pires de chá
Alcachofra	1 unidade média
Beterraba	1 unidade média
Broto de bambu	1 prato de sobremesa
Broto de feijão	1 pires de chá
Cenoura	1 unidade média
Chuchu	½ unidade média
Cogumelo	1 pires de chá
Palmito	1 pires de chá
Pimentão	2 unidades médias
Quiabo	1 pires de café
Vagem (picada)	3 colheres de sopa

Grupo III – Legumes, leguminosos, cereais e derivados: 100 calorias/porção

Alimento	Quant./Medida caseira
Arroz cozido	2 colheres de sopa cheias
Arroz integral	2 colheres de sopa cheias
Batata inglesa cozida	2 pequenas
Batata doce	1 pequena
Ervilha	1 concha
Farinha de mandioca	2 colheres de sopa cheia
Farinha de trigo	1 ½ colheres de sopa
Feijão/feijão branco	1 concha pequena
Fubá	1 colher de sopa cheia
Gérmem de trigo	1 colher de sopa
Grão-de-bico	1 concha pequena
Inhame	1 médio
Lentilha	1 concha pequena
Macarrão espaguete	Fundo do prato
Mandioca	1 pedaço pequeno
Mandioquinha	1 pequena
Milho verde	4 colheres de sopa
Soja	1 concha pequena
Trigo integral	2 colheres de sopa

Grupo IV – Carne, ovos, queijos e embutidos: 150 calorias/porção

Alimento	Quant./Medida caseira
Almôndega	2 unidades
Atum enlatado em água	1 lata inteira
Bacalhau	1 posta média
Badejo	2 filés pequenos
Cação	1 posta média com osso
Camarão fresco	7 unidades médias
Carne de porco	1 pedaço pequeno
Carne de vaca	1 bife médio
Carne seca	1 porção pequena
Coração de galinha	5 unidades
Corvina	1 porção média
Dobradinha	1 pires de chá
Kani - Kama	7 rolinhos
Fígado	1 bife grande

Filé de frango	1 filé grande
Filé mignon	1 filé pequeno
Frango	1 coxa com ante-coxa
Hambúrguer bovino	½ unidade
Linguiça	1 pequena
Músculo	1 porção média
Ovo cozido	2 unidades
Peito de Peru	5 fatias finas
Pescada ou merluza	1 filé
Presunto cozido	2 fatias médias
Queijo catupiry	2 colheres de sopa
Queijo cottage	4 colheres de sopa
Queijo de minas frescal	2 fatias médias
Queijo mussarela	2 fatias médias
Queijo parmesão ralado	2 colheres de sopa
Queijo prato	2 fatias pequenas
Queijo provolone	2 fatias pequenas
Requeijão	2 colheres de sopa
Ricota	3 fatias grandes
Robalo	1 porção grande
Salame	10 fatias
Salmão	1 porção pequena
Salsicha	2 unidades médias
Sardinha em lata/óleo	½ unidade
Sardinha em lata/tomate	1 unidade
Sardinha fresca	1 unidade

Grupo V – Açúcar e frutas: 50 calorias/porção

Alimento	Quant./Medida caseira
Abacate	1 fatia
Abacaxi	1 fatia média
Abacaxi (suco)	½ copo
Açúcar mascavo	3 colheres de chá
Açúcar refinado	½ colher de sopa
Água de coco	1 copo tipo americano
Ameixa-amarela	3 unidades médias
Ameixa-preta	2 unidades
Ameixa-vermelha	2 unidades grandes
Banana prata	1 unidade média
Caju	3 unidade pequenas

Caqui	1 unidade pequena
Cereja	3 unidades médias
Damasco seco	2 unidades
Figo	1 unidade média
Framboesa	1 pires de chá
Fruta do conde	1 pires de chá
Geléia de frutas	1 colher de sobremesa
Goiaba	1 unidade pequena
Jabuticaba	2 pires de chá
Kiwi	1 unidade
Laranja (suco)	½ copo
Laranja lima	1 unidade média
Maçã	½ unidade grande
Manga	1 fatia pequena
Mamão-papaia	¼ de mamão
Maracujá	½ unidade
Mel	1 colher de sopa rasa
Melancia	1 fatia grande
Melão	1 fatia pequena
Morango	12 unidades
Pêra	1 pequena
Pêssego	1 unidade
Tangerina	1 unidade média
Uva	½ cacho pequeno
Uva-passa	2 colheres de sobremesa
Gelatina	1 porção
Gelatina light	2 porções

Grupo VI – Pães e bolachas: 65 calorias/porção

Alimento	Quant./Medida caseira
All Bran (Kellogg's)	½ xícara de chá
Aveia	1 colher de sopa
Bolacha recheada	1 unidade
Bolacha salgada	2 unidades
Bolacha doce simples	2 unidades
Maizena	1 colher de sopa
Musli	3 colheres de sopa rasa
Pão de centeio	1 fatia
Pão de forma integral	1 fatia

Pão de glúten	1 fatia
Pão de queijo	1 unidade
Pão francês	1/2 unidade
Pão italiano	1/2 fatia
Pão sírio	1 disco médio
Torrada salgada	2 unidades

Grupo VII – Leite e substitutos: 140 calorias/porção

Alimento	Quant./Medida caseira
Alimentos a base de soja Ades	1 1/2 copo
Iogurte comum	1 1/2 copo
Iogurte desnatado “batido”	2 copos
Iogurte desnatado “light” (0% de gordura) Molico	2 1/2 copos
Leite condensado	2 colheres de sopa
Leite desnatado	2 copos (400ml)
Leite desnatado (pó)	2 colheres de sopa
Leite integral	1 copo (200ml)
Leite integral (pó)	1 1/2 colher de sopa
Leite semidesnatado	1 1/2 copo

Grupo VIII – Gordura: 100 calorias/porção

Alimento	Quant./Medida caseira
Azeite-de-oliva	1 colher de sopa
Bacon	1 fatia fina
Crema de leite	2 colheres de sobremesa
Maionese comum	1 colher de sopa
Maionese light	2 colheres de sopa
Manteiga	1/2 colher de sobremesa
Margarina vegetal	1/2 colher de sobremesa
Margarina light	1 colher de sopa
Óleo de canola	2 colheres de sopa
Óleo de girassol	1 colher de sopa
Óleo de milho/soja	1 colher de sopa

Grupo IX – Bebidas

Alimento	Quant./Medida caseira
Groselha	1 copo 96 cal.
Refrigerantes	1 copo pequeno 252 cal.
Suco concentrado de frutas	1 copo 76 cal.
Vinho ou Vermute	1 copo pequeno 170 cal.
	1 copo pequeno 80 cal.
	1 copo 160 cal.
	1 copo 130 cal.
	1 dose 120 cal.

Não há dose segura de bebidas alcoólicas durante a gravidez. Portanto, não devem ser consumidas.

Grupo X – Diversos

Alimento	Quant./Medida caseira
Amendoim torrado	1 pires de chá 595 cal.
Batata frita	10 palitos 274 cal.
Bauru	1 unidade 350 cal.
Bife à cavalo	+/- 140 gr 196 cal.
Bife à milanesa	+/- 160 gr 580 cal.
Bife à parmegiana	+/- 200 gr 700 cal.
Brigadeiro	30 gr 100 cal.
Catchup	1 colher de sopa 40 cal
Carpaccio	10 fatias 56 cal.
Castanha de caju	100 gr 609 cal.
Chantilly	1 colher de sopa 90 cal.
Cheese Burger	1 unidade 600 cal.
Chocolate em barra	30 gr 163 cal.
Coxinha de galinha	1 unidade 221 cal.
Feijoada	300 gr 456 cal.
Lasanha	300 gr 620 cal.
Leite condensado	1 colher de sopa 101 cal.
Molho bolonhesa	1 colher de sopa 36 cal.
Molho branco	1 colher de sopa 100 cal.
Molho de gergelim	1 colher de sopa 120 cal.
Molho de soja	1 colher de sopa 36 cal.
Molho de tomate	1 colher de sopa 10 cal.

Mostarda	1 colher de sopa 20 cal.
Mousse de chocolate	1 taça 300 cal.
Pizza 4 queijos	1 fatia 370 cal.
Pizza calabresa	1 fatia 345 cal.
Pizza de escarola	1 fatia 264 cal.
Salada de frutas	1 taça 230 cal.
Sopa de feijão	1 prato fundo 289 cal.
Sopa de legumes	1 prato fundo 215 cal.
Sorvete de creme	1 bola 208 cal.
Vinho branco	1 taça 87 cal.



Ginástica na gravidez

O período gestacional pode e deve ser vivenciado em sua plenitude, sem temores nem ansiedades, garantindo saúde para a mãe e para o bebê que está sendo gerado. Esta é uma etapa muito especial na vida da futura mamãe. Seu corpo passará por muitas variáveis fisiológicas, pois será necessário transformar este corpo em um abrigo sólido e seguro, para que este novo ser tenha condições de se desenvolver. Tudo isso exigirá da mulher uma reestruturação em seus hábitos cotidianos. Ela deverá ser orientada a seguir uma dieta nutritiva e saudável, diminuir o consumo de cafeína, abandonar hábitos nocivos à saúde, tanto sua quanto do bebê, como o fumo, a bebida e, se for o caso, as drogas. Será necessário dispor de um bom tempo para o descanso e, também, de tempo para engajar-se em um programa de exercícios.

As mais recentes pesquisas e estudos sobre a influência da atividade física no metabolismo materno e fetal, têm demonstrado vários benefícios tanto para a mãe quanto para o bebê que está sendo gerado. A prática regular de exercícios físicos é de valiosa importância nesta fase da vida da mulher, pois dará a ela condições de preparar-se tanto física como psicologicamente para a gestação e para o parto. O exercício físico não só contribui para uma gestação sadia, minimizando os desconfortos que possam surgir em função das variáveis fisiológicas que acompanham a gravidez, como também aumentam a participação da futura mamãe em todo o processo gravídico, melhorando sua condição psicoemocional e física no pós-parto.

Se a mulher não tem problemas de saúde ou obstétricos não há contraindicações absolutas para a prática de qualquer atividade física em qualquer fase da gestação. No entanto a mulher tem que estar ciente que haverá transformações em seu corpo e que para algumas atividades deverão ocorrer adaptações. Há alterações obstétricas cuja orientação é o repouso. Desta forma, seguir a orientação médica é primordial para um desfecho saudável para a mãe e para o bebê.

A gravidez é um estado pleno de novas energias e de saúde. Quanto mais saudável e ativa a mulher se mantiver, maiores serão as chances de uma gravidez sem complicações, de um parto mais tranquilo, e de uma melhor recuperação no pós-parto. No entanto, neste momento o corpo passará por transformações profundas, com as quais a mulher terá de conviver por longos 9 meses, e, durante este tempo, poderão ocorrer certos desconfortos oriundos destas transformações. Em

sua maioria, os citados desconfortos e mal-estares experimentados pelas gestantes estão relacionados a efeitos relaxantes e suavizantes dos hormônios, bem como ao ganho de peso. As mudanças pelas quais o corpo da gestante passará serão medidas principalmente pela ação dos hormônios, pelo aumento médio de 40 a 50% do volume sanguíneo total, pelo crescimento do útero e das mamas e pela alteração de postura que isto acarreta.

A ação dos hormônios facilitará o aparecimento de náuseas, constipação, retenção hídrica e reduzirá o tônus de veias e artérias, dentre outros efeitos. O trabalho orientado de exercícios atuará diretamente sobre esses efeitos, auxiliando no trabalho dos rins, e, conseqüentemente, melhorando a eliminação de líquidos e auxiliando no retorno venoso. O trabalho aeróbio prescrito para gestantes tem por objetivo melhorar sua condição cardiorrespiratória, atuando de maneira eficaz no transporte de oxigênio e de nutrientes, auxiliando no trabalho circulatório, e diminuindo o risco do aparecimento de varizes.

O crescimento do bebê dentro do útero será responsável pelo deslocamento dos órgãos internos da mãe, bem como dificultará o movimento diafragmático (músculo de auxilia na respiração). Por este motivo muitas gestantes queixam-se de azia e falta de ar. Os exercícios físicos de tonificação atuarão na musculatura de sustentação do corpo “aumentando” o espaço interno e permitindo um melhor posicionamento dos órgãos e do diafragma em relação ao bebê. Além disso, com o crescimento do útero e das mamas acentua-se as curvaturas da coluna e desloca-se o centro de gravidade. É mais fácil ocorrerem quedas e lesões quando comparado ao período não gestacional.

Fisiologicamente há aumento da frequência cardíaca materna e redução da pressão arterial. Para as mulheres que fazem exercícios acompanhadas de relógios que avaliam a frequência cardíaca deverão estar cientes que a frequência cardíaca basal será aumentada, mas isso não significa incremento na frequência cardíaca máxima. Um controle maior da performance e muitas vezes redução relativa do esforço em cada tipo de exercício poderá beneficiar tanto a mãe quanto o bebê.

Outra alteração importante é a frouxidão ligamentar que acompanha a gestação. Conseqüentemente, deve-se evitar exercícios de impacto, saltos e alongamentos com sobre distensão ligamentar para se evitar lesões. O ideal é o acompanhamento especializado por profissional com experiência em gestantes.

Enfim, a atividade física praticada nesta fase da vida da mulher visa contribuir para minimizar a ação restritiva que muitas vezes os desconfortos podem causar, conservando a gestante ativa e saudável na gestação e no parto. A prática da atividade física melhora as condições de tonicidade da musculatura em geral, dando melhor suporte postural ao corpo grávido, havendo, inclusive, um melhor preparo para o parto.

Um bom programa de ginástica especializada para gestantes tem por objetivo trabalhar de maneira harmônica os seguintes aspectos:

- tonificação da musculatura de sustentação
- tonificação da musculatura do assoalho pélvico
- conscientização dos padrões respiratórios
- melhora do padrão postural
- indução ao relaxamento
- conscientização corporal
- ensino das melhores posturas a serem assumidas no dia-a-dia
- orientação para o trabalho de parto
- minimização dos desconfortos
- manutenção da saúde da gestante e do bebê

A mulher que segue um programa de exercícios físicos durante a gravidez pode obter os seguintes benefícios:

- alívio das dores de coluna
- alívio das dores na cintura pélvica
- alívio das dores nas pernas
- alívio dos edemas de punho e tornozelo
- ganho de peso controlado
- melhoria da capacidade respiratória
- melhoria de câimbras e formigamentos
- prevenção da prisão de ventre
- melhoria da sensação de bem-estar geral
- facilitação do trabalho de parto
- melhoria da densidade óssea
- melhoria da capacidade do feto de suportar o estresse do parto
- melhoria da forma física no pós-parto
- controle do ganho de peso
- evita o desenvolvimento de diabetes gestacional ou seu controle

Para que os objetivos sejam alcançados, os exercícios físicos são dosados em sua intensidade e forma de execução, a fim de que possam acompanhar o desenvolvimento da gestação sem causar prejuízo à mãe e ao feto.

Alguns cuidados devem ser observados na hora da gestante praticar atividades físicas. Deve-se dar preferência a roupas frescas, de algodão ou similar, que permitam uma boa dissipação do calor corporal. O calçado escolhido também deve ser confortável e firme, para dar sustentação ao corpo. Vale lembrar que muitas gestantes apresentam aumento do número usado para calçado durante a gestação. Talvez a compra de um

calçado um número maior seja necessário. É preciso também lembrar-se sempre de beber bastante água, principalmente em dias mais quentes.

Algumas atividades não são recomendadas durante a gestação:

- exercícios físicos de alto impacto
- exercícios físicos que sejam executados com apoio instável
- apoio em decúbito dorsal (de costas para o chão) após o sétimo mês de gestação
- atividades com grande risco de colisão entre os participantes
- sobrecargas muito altas
- ciclismo (existe o risco da queda)
- patinação
- mergulhos
- skate

Enfim, esportes ou atividades que apresentem risco de quedas, colisões, momentos anaeróbios, mudanças bruscas de direção e de intensidade muito alta, praticados em locais com pouca ventilação, pois levam ao aumento da temperatura corporal da grávida.

O ideal é que a gestante siga um programa de exercícios físicos orientada por um educador físico especializado. Porém, caso não seja possível, alguns exercícios que ajudam a mesma a obter uma conscientização corporal, poderão ser praticados em casa, se não houver nenhum problema com a gestação, e seu médico estiver ciente de seu propósito.

Os exercícios a seguir foram elaborados para que a futura mamãe possa executá-los sozinha, em casa, pois não apresentam contraindicação. Porém, sempre que surgirem dúvidas quanto à execução dos mesmos, um profissional de educação física deverá ser consultado.

EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS

Estes exercícios têm por objetivo levá-la à uma consciência de sua capacidade respiratória, melhorando, desta forma, sua oxigenação e a do bebê, bem como, promover uma ação calmante. Além de serem úteis na hora do parto.

Exercício 1:

Posição inicial: sentada em um banco, pernas afastadas à distância do quadril, pés apoiados no chão, mãos apoiadas sobre o tórax.

Ação: inspirar pelo nariz, sentindo o afastamento das pontas dos dedos, soltar o ar lentamente pela boca, sentindo que agora as pontas dos dedos se aproximam.

Repetições: 3 movimentos completos.



Exercício 2:

Posição inicial: sentada em um banco, pernas afastadas à distância do quadril, pés apoiados no chão, mãos apoiadas sobre o abdômen, logo abaixo dos seios.

Ação: inspirar pelo nariz, levando o ar até o abdômen, expandindo-o, sentindo o afastamento das pontas dos dedos, soltar o ar lentamente pela boca sentindo a aproximação das pontas dos dedos.

Repetições: 3 movimentos completos.



EXERCÍCIOS DE ENCAIXE DE QUADRIL

Estes exercícios visam levar a gestante a uma conscientização de sua cintura pélvica, promovendo uma melhoria no tônus muscular da massa glútea e do abdômen.

Exercício 3:

Posição inicial: de pé, pés afastados à distância do quadril, pernas ligeiramente fletidas, apoiar as mãos à frente do corpo sobre um apoio estável (cadeira, mesa, janela, etc).

Ação: fazer uma leve contração da musculatura glútea, movimentando o quadril para frente, alongando a região lombar. Sustentar por 2 tempos e relaxar.

Repetições: 6 movimentos completos.



Exercício 4:

Posição inicial: a mesma do exercício anterior, só que com apoio lateral.

Ação: conforme a figura abaixo, levantar suavemente o quadril para o lado esquerdo, girar lentamente o quadril para frente, para a direita, para trás e voltar à posição inicial. Repetir para o lado oposto.

Repetições: 2 movimentos completos para cada lado.



EXERCÍCIO PARA A MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO

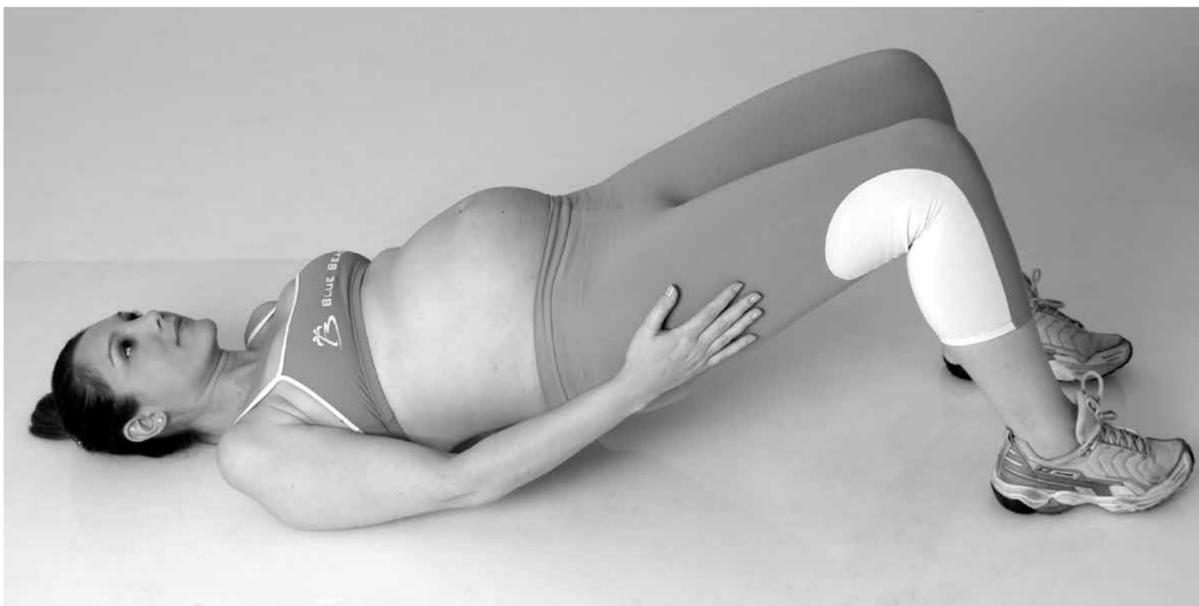
Na verdade, estes exercícios deveriam ser feitos por todas as mulheres durante toda a vida, pois eles fortalecem a musculatura responsável pela sustentação da bexiga e, durante a gestação, ajudam a sustentar o peso crescente do bebê no útero.

Exercício 5:

Posição inicial: deitada de costas com a coluna totalmente apoiada no chão, joelhos afastados à distância do quadril e os pés paralelos apoiados no chão.

Ação: elevar lentamente o quadril, contraindo os glúteos. Aproximar os joelhos contraindo a musculatura do assoalho pélvico. Sustentar pôr 2 tempos e relaxar voltando à posição inicial.

Repetições: 8 movimentos completos.



EXERCÍCIOS ABDOMINAIS

Os exercícios abdominais são particularmente importantes nesta fase. São eles que, por propiciarem uma boa tonificação da parede abdominal, ajudarão a sustentar o abdômen grávido, a melhorar a postura da gestante e serão de especial importância para o trabalho de parto.

Exercício 6

Posição inicial: ajoelhada, mãos apoiadas no chão na linha dos ombros com os cotovelos ligeiramente fletidos, joelhos na linha do quadril. Manter a coluna reta com o pescoço no mesmo alinhamento.

Ação: expirar o ar pela boca contraindo a musculatura abdominal, levando a cabeça na direção do quadril. Retornar à posição inicial inspirando pelo nariz.

Repetições: 8 movimentos completos.

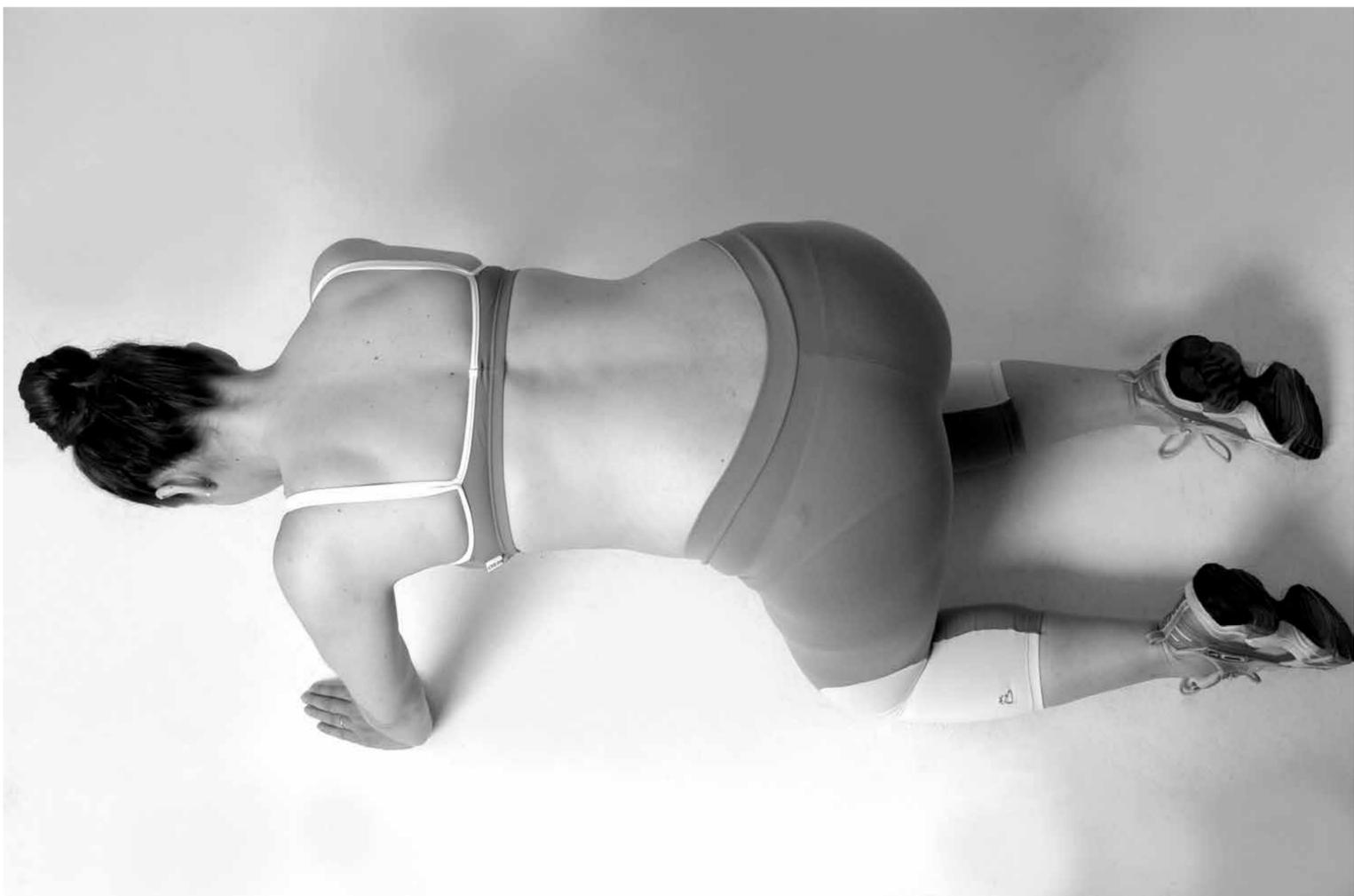


Exercício 7:

Posição inicial: a mesma do exercício anterior.

Ação: mover a cabeça, o ombro e o quadril para o lado direito, voltar à posição inicial e repetir para o outro lado.

Repetições: 4 movimentos completos para cada lado.



EXERCÍCIO PARA AS PERNAS E PARA O RETORNO VENOSO

O fortalecimento da musculatura das pernas ajuda a sustentar o peso do útero grávido. Auxilia na prevenção das varizes e melhora a circulação sanguínea, prevenindo o aparecimento das mesmas, assim como dos edemas.

Exercício 8:

Posição inicial: de pé, pernas em afastamento lateral com os pés apontando para fora, quadril encaixado e mãos apoiadas à frente do corpo.

Ação: fletir as pernas até que as coxas fiquem paralelas ao solo. Manter a coluna ereta, o quadril encaixado e os joelhos na direção das pontas dos pés. Voltar à posição inicial.

Repetições: de 10 a 12 movimentos completos.



Exercício 9:

Posição inicial: de pé, pés paralelos à distância do quadril, joelhos ligeiramente flexionados e mãos apoiadas à frente do corpo.

Ação: elevar, alternadamente, os calcanhares. Repetições: de 15 a 20 movimentos.



EXERCÍCIOS POSTURAIS

A gravidez altera o centro de gravidade da mulher. É necessário que se reequilibre este corpo, para que ele não sofra com dores nem com desconfortos.

Exercício 10:

Posição inicial: sentada em um banco com as mãos apoiadas sobre as coxas e os pés apoiados no chão, afastados à distância do quadril.

Ação: contrair a musculatura abdominal alongando a lordose lombar. Sustentar por 2 tempos e relaxar.

Repetições: 4 movimentos.



Exercício 11:

Posição inicial: a mesma do exercício anterior.

Ação: elevar os ombros na direção das orelhas girando-os para trás e para baixo.
Voltar à posição inicial e relaxar.

Repetições: 4 movimentos.



Exercício 12:

Posição inicial: a mesma dos exercícios 10 e 11.

Ação: executar os exercícios n.º 10 e 11 consecutivamente e relaxar. Repetições: 4 movimentos completos.



ALONGAMENTO DA COLUNA LOMBAR

A região lombar fica muito vulnerável durante a gravidez. O aumento progressivo do abdômen acentua a lordose lombar, podendo até vir a comprimir o nervo ciático, o que, se ocorrer, poderá causar muitas dores. Por isso, os exercícios de alongamento para esta região são importantíssimos, e devem fazer parte da rotina das gestantes.

Exercício 13:

Posição inicial: sentada em um banco com as mãos apoiadas sobre as coxas, pés apoiados no chão afastados à distância do quadril.

Ação: inspirar pelo nariz e, ao expirar pela boca, elevar os braços à frente do corpo, entrelaçando os dedos. Inclinar a cabeça e o tronco à frente. Sustentar de 4 a 6 tempos, voltar à posição inicial e relaxar.

Repetições: 2 movimentos completos.

Variação: fazer os movimentos, mantendo as mãos sobre as coxas.



ALONGAMENTO DA VIRILHA

O alongamento da virilha irá preparar a mulher para o trabalho de parto, auxiliando-a a conquistar a abertura necessária para um parto vaginal.

Exercício 14:

Posição inicial: sentada com a coluna apoiada na parede, sola dos pés unidas assumindo a postura da “borboleta”. Mãos segurando os tornozelos, ou um pouco mais acima, o importante é não desencostar a coluna da parede.

Ação: forçar levemente os joelhos na direção do chão, sustentar por 6 tempos e relaxar.

Repetições: 2 movimentos.



RELAXAMENTO FINAL

O relaxamento deve ser feito após a execução dos exercícios, ou após um dia de trabalho. Toda vez que a gestante sentir-se cansada, deverá tirar uns minutos para si e para o bebê. Praticar a capacidade de relaxar e respirar tranquilamente, apesar das pressões do dia-a-dia, auxilia a futura mamãe a enfrentar com mais confiança a proximidade do parto.

Exercício 15:

Sentada, pernas em afastamento lateral e ligeiramente fletidas, inspirar profundamente pelo nariz, soltar o ar lentamente pela boca (repetir os movimentos respiratórios). Após os exercícios respiratórios, manter a respiração tranqüila e apoiar o corpo à frente sobre almofadas. Fechar os olhos e relaxar. Uma música suave sempre ajuda a induzir ao relaxamento.



MASSAGEM

O toque tem algo de mágico. É infinita a oportunidade de troca de carinho e de comunicação com quem se ama através do contato físico. A massagem permite que os casais estreitem seu relacionamento nesta fase de vida em que a mulher está mais sensível e carente de cuidados. Além disso, a massagem é muito útil durante o trabalho de parto, pois alivia o desconforto das contrações.

Exercício 16:

Na mesma posição do exercício anterior, solicite que seu companheiro faça uma massagem ao longo das suas costas.



Cuidados estéticos

A gravidez é um período de grandes e complexas alterações na fisiologia da mulher, que se refletem em diversos órgãos e também na pele. Estas transformações devem-se a produção dinâmica de diversos hormônios pela unidade feto-placentária e ao aumento da atividade das glândulas da gestante. Durante os nove meses de gestação, a mulher observa mudanças no corpo e na pele e, com isso, a rotina de beleza deve se adaptar a esta nova fase da vida.

As alterações da pele observadas na gestação podem ser:

- Manchas na pele
- Alterações dos pelos e cabelos
- Aumento da secreção sebácea e acne
- Estrias
- Alterações vasculares e celulite

MANCHAS

Durante os nove meses, a mulher pode observar que os mamilos, genitais, axilas e a linha alba (linha vertical escura que atravessa a barriga) ficam mais escuros. Além disso, sardas e manchas escuras no rosto (cloasma) aparecem em aproximadamente, 50 a 70% das grávidas. Estas manchas resultam do aumento de um hormônio chamado MSH (hormônio melanotrófico), e podem agravar-se com exposição solar.

Como prevenir?

Deve-se usar diariamente filtro solar com FPS de, no mínimo, 15, mesmo em dias frios ou de chuva. Caso fique exposta mais tempo ao sol (ex.: pratique ginástica ou natação em piscinas abertas ou fique mais tempo na rua), dê preferência a filtros solares com FPS mais elevados. Hoje em dia temos diversas opções no mercado. Se a pele for oleosa, use filtro solar com controle de oleosidade, e se a pele for seca, use hidratante com filtro solar. O filtro solar deve ser aplicado uniformemente sobre a pele do rosto, pescoço, braços e colo (V do decote) pelo menos trinta minutos antes da exposição ao sol. Isso fará com que o produto penetre na pele e ofereça proteção. Nos dias mais quentes, o filtro deve ser reaplicado mais vezes (no início da tarde pelo menos). Esta

prática deve se manter mesmo após a gestação, pois a proteção solar, além de evitar manchas, evita o envelhecimento e previne o câncer de pele.

Como tratar?

Após o parto, o grau de pigmentação tende a melhorar gradualmente. Alguns clareadores, como o ácido kójico e o ácido azelaico, podem ser utilizados na gravidez e outros não, como os derivados da hidroquinona. Porém, o tratamento para o clareamento deve sempre ser acompanhado pelo médico, pois muitas fórmulas manipuladas - ou mesmo produtos industrializados - podem conter substâncias químicas que são contraindicadas durante a gestação. Em alguns casos, se a mancha for persistente, a aplicação de peelings pode ser necessária, dependendo do tipo de pele da pessoa e a característica da mancha. É importante que se ressalte que este tipo de tratamento será feito somente pelo médico e após o parto e o período de amamentação.

ALTERAÇÕES NOS PELOS, CABELOS E UNHAS

Pode ser observado, na gestação, aumento de pelos tanto no rosto como em outras áreas do corpo. Isto se deve ao aumento do número de folículos na fase de crescimento do bebê (fase anágena). Este aumento de pelos é transitório, e resolve-se espontaneamente após o parto.

Com relação aos cabelos, a gestação exerce um efeito imprevisível nos mesmos. Algumas ficam com cabelos ressecados e outras, o oposto. Cabelos lisos podem se tornar mais crespos e vice-versa. Muitas vezes, fica difícil acostumar-se a estas mudanças, pois o cabelo, neste período, fica mais difícil de ser tratado. Depois do parto ocorre uma queda de grande quantidade de fios de cabelo, pois cessam os níveis altos de hormônios que circulavam durante a gravidez. Esta queda abundante geralmente leva a mulher a ficar extremamente preocupada e aflita. A reposição dos cabelos, apesar de lenta, tende a ocorrer, em regra, dentro de um ano.

Quanto a processos químicos (tinturas, reflexos, permanentes, alisamentos) não há estudos comprovando sua segurança para serem realizados durante a gravidez. Desta forma, é melhor que não sejam realizados. Para quem precisa alterar a cor dos cabelos é recomendado o uso de tonalizantes e não o uso de tinturas.

Xampus e condicionadores podem ser utilizados durante toda a gestação, assim como os cosméticos para as unhas (esmaltes). O único problema que podem causar são alergias devido aos diversos compostos químicos que compõem estes produtos. A alergia ou dermatite de contato alérgico não é prejudicial à gestação, porém traz transtornos que podem muito bem ser evitados. Portanto, é aconselhável, durante a gravidez, a utilização de produtos já conhecidos e sabidamente não-alérgicos para cada mulher.

ALTERAÇÃO DA SECREÇÃO SEBÁCEA E ACNE

A acne ou “espinha” - como popularmente é conhecida - é um problema bastante comum na adolescência, podendo, em algumas mulheres, continuar por mais tempo na vida, deixando marcas e cicatrizes permanentes. Algumas mulheres, no início da gestação, podem apresentar aumento da secreção sebácea com aumento da oleosidade da pele (muito brilho no rosto), muitas vezes associada a cravos e espinhas. E tudo isso é devido aos hormônios.

Para isso, alguns cuidados com a pele do rosto são importantes:

- lavar o rosto pelo menos duas vezes ao dia com agentes de limpeza (sabonetes líquidos suaves ou loções de limpeza suaves);
- géis de limpeza abrasivos podem também ser utilizados (microesfoliantes);
- evite a manipulação das lesões, pois podem causar a entrada de bactérias;
- substituir o creme hidratante por gel ou loção sem óleo;
- utilizar filtros solares em gel ou spray;
- alguns produtos anti-acne são liberados, porém devem ser comprados somente com orientação médica, pois por mais inofensivos que pareçam ser, alguns deles contêm ácido retinóico na sua composição, que é contraindicado na gravidez;
- a limpeza da pele (realizada por esteticistas) pode ser realizada conforme recomendação - principalmente para remover manualmente os cravos;
- esfoliações e peelings químicos não são recomendados durante a gestação.

ESTRIAS

Com o rápido crescimento de alguns órgãos e o estiramento excessivo da pele, algumas vezes, as estrias podem aparecer. Inicialmente são como linhas arroxeadas que vão se tornando pálidas, podem aparecer nos glúteos e coxas, mas são mais comuns nos seios e no abdômen, por causa do aumento do volume. As estrias costumam surgir nos últimos três meses de gestação. A hereditariedade tem um peso significativo para o surgimento das estrias, mas é importante tomar algumas precauções para evitá-las.

Como prevenir?

- procure tomar cuidados com relação ao aumento de peso - elabore uma dieta adequada com a ajuda do médico ou de nutricionista, e siga um programa de atividades físicas na gestação;
- hidratantes - é muito importante a hidratação desde o começo da gestação, pois parte da elasticidade da pele é obtida pela quantidade de água na sua camada superficial. Assim, na gravidez, os hidratantes aumentam a distensibilidade da pele, prevenindo a formação de estrias. Há vários produtos no mercado com linhas especiais para gestante, com óleo de amêndoas, semente de uva, etc Aplique-os em abundância, nas mamas e no abdômen, duas vezes ao dia massageando suavemente.

Como tratar?

Se mesmo com todos estes cuidados, surgirem algumas estrias, há tratamento específico para as mesmas, como o uso de ácido retinóico tópico, peelings químicos, sub-cisão, microdermoabrasão, etc. Estes tratamentos são realizados somente após o parto e o período de amamentação, sob orientação médica. Estes tratamentos nem sempre eliminam as estrias, porém uma melhora satisfatória pode ser obtida.

ALTERAÇÕES VASCULARES

O rubor na face (rosto vermelho) é comum nas grávidas por causa da grande quantidade de sangue circulante. Além disso, é comum o aparecimento de pintas vermelhas no corpo chamadas de nevo rubi (parece um rubi). O tratamento destas pintas é realizado após o parto por médicos especialistas com eletrocoagulação ou laser.

Com o aumento do volume abdominal, varizes de pernas e hemorroidas podem surgir na gravidez, e deverão também ser tratadas por médicos especialistas nestas áreas.

CELULITE

Aparecem nesse período por causa do aumento de hormônios, juntamente com o de peso.

Como prevenir?

- Não engordar mais que o indicado.
- Manter atividades físicas específicas para esse período.
- Ter alimentação saudável, evitando frituras, refrigerantes, etc...
- Fazer caminhadas.
- Tomar bastante água.
- Fazer drenagem linfática suave manual ou por aparelho em clínicas especializadas.
- Aplicar cremes anticelulite à base vegetal (por exemplo: algas marinhas).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cosméticos que têm por finalidade o embelezamento como batons, pós, corretivos, bases, sombras, etc... podem ser utilizados durante toda a gravidez.

Os procedimentos cosmiátricos contra-indicados são:

- esfoliações e peelings químicos;
- toxina botulínica;
- preenchimento cutâneo;
- dermoabrasão;
- laser ablativo e não ablativo.

Caso a gestante já esteja utilizando produtos antienvhecimento, clareadores, produtos anti-acne ou qualquer outra medicação de uso tópico (cremes), procure a orientação correta do médico, pois muitos destes produtos podem conter ácidos ou outras substâncias químicas que não podem ser utilizados na gestação, enquanto outros produtos são totalmente liberados, sendo desnecessária a suspensão do medicamento.



Gravidez na sexualidade

“O ser humano é fruto do processo evolutivo. Qualidades ímpares foram proporcionadas à espécie humana através da evolução: pensar e apropriar-se da própria existência. Pensando, o homem produz cultura e apropriando-se da própria existência ele a transforma”. (Paulo Geraldo Tessarioli, 2003)

A escolha pelo título deste capítulo “Gravidez na Sexualidade”, deve-se ao fato de considerarmos a gravidez um estado que ocorre durante o exercício da sexualidade humana, e não o contrário como comumente encontrado na literatura sobre o assunto. Com base neste entendimento, deixamos clara a condição que somos todos seres sexuados, que sentimos desejos independentemente da condição ou estado em que nos encontramos, e isto ocorre desde o momento do nascimento até a morte.

Para que se compreenda a relação entre gravidez e sexualidade, é necessário ter clareza da complexidade em que estes temas estão inseridos, reconhecendo, principalmente, a existência da dimensão histórica e social. Conceituar o termo sexualidade não é tarefa fácil, pois a maioria das pessoas visualiza apenas uma parte deste tema, a relação sexual geralmente focada na genitália feminina e masculina, o que reduz seu entendimento somente a este significado. Quando nos referimos à sexualidade, estamos apresentando uma noção do que é ser mulher ou ser homem, feminino ou masculino, estamos falando da relação entre afeto, sentimento e sexo, do ato de dar e receber prazer, da moral que legitima costumes e reprime comportamentos, das crenças, mitos e tabus (re-)transmitidos pela cultura de nossos antepassados.

Assim, é através do exercício da sexualidade que a gravidez se torna possível. A espécie humana, graças ao processo evolutivo, tem a gravidez como um “estado desejável”, que pode ser programado ou não, condição que nos distancia dos outros animais. Aparentemente breve, os nove meses de gestação constituem, na verdade, um fato gerador de importantes mudanças, tanto do ponto de vista social quanto do psicológico. Considerando a gravidez parte de uma relação conjugal, existem diversos ângulos para análise, que será feita na perspectiva do que provavelmente estão presentes no homem e na mulher, sempre enfocando a sexualidade de ambos.

MITOS DO SEXO VAGINAL DURANTE A GRAVIDEZ

A sexualidade é uma dimensão importante na vida de um casal. Por se tratar de uma espécie de comunicação, a mais íntima que conhecemos, a sexualidade na vida conjugal envolve e mobiliza componentes que estimulam e reforçam o desenvolvimento e o fortalecimento do vínculo afetivo entre os parceiros, proporcionando o contato com desejos e necessidades muitas vezes inconscientes.

O casal que se quer bem, cultiva uma vida sexual ativa e prazerosa, pois o exercício da sexualidade reafirma o amor e o desejo sexual mútuos, independentemente do momento e/ou situação que este casal esteja enfrentando. Mesmo durante a gravidez, convivendo com todas as suas limitações (barriga grande, cansaço, etc), não há por que o casal abrir mão dos benefícios da atividade sexual, com exceção quando há recomendação médica, pois pode e deve adaptar-se a ela, utilizando a criatividade e explorando todas as possibilidades viáveis.

Alguns mitos contribuem para o enfraquecimento e até para o rompimento de muitos vínculos conjugais durante a gravidez. Enfraquecimento e rompimento trazem a ideia de distanciamento, ou seja, o casal que deveria se unir ainda mais afetiva e sexualmente durante a gravidez, por motivo de desinformação e falta de orientação, termina se afastando. A seguir serão descritos estes mitos que serão analisados com a intenção de desconstruí-los.

Mito: O pênis, quando penetra a vagina, machuca o bebê.

Desconstrução: Mesmo nos casos de penetração profunda, não existe a menor possibilidade de o pênis atingir o bebê, pois o mesmo se encontra protegido dentro do útero. A glândula do pênis (a cabeça) é macia, amortecendo o contato com o colo do útero. Além disso, vale ressaltar que o canal do colo do útero mede menos do que meio centímetro de diâmetro, o que impede a entrada de qualquer pênis. Não devemos esquecer que, além de tudo isto, existe a bolsa que protege o bebê até o momento do nascimento.

Mito: As contrações do útero, no momento do orgasmo, podem provocar aborto.

Desconstrução: As contrações uterinas provocadas pelo orgasmo não são prejudiciais ao bebê e muito menos suficientes para provocar um aborto. O orgasmo está diretamente relacionado à qualidade de vida e saúde da mulher. A exceção se aplica aos casos em que a mulher já está tendo contrações antes da relação sexual, o que quer dizer que, depois da relação as contrações podem aumentar e ocorrer um aborto.

Mito: O esperma pode prejudicar o bebê.

Desconstrução: Se durante a penetração vaginal o pênis ejacular, não há qualquer possibilidade de o esperma entrar em contato com o bebê, pois o mesmo está protegido

por uma bolsa. O esperma e os espermatozoides não conseguem ultrapassar a bolsa. Além disso, existe uma falsa crença de que a quantidade de prostaglandina, encontrada no esperma, seria suficiente para provocar um aborto. Isto somente seria possível se a vagina recebesse uma quantidade de esperma produzida por mais de quinze ejaculações, num intervalo de tempo inferior a uma hora.

Restrições ao sexo vaginal durante a gestação são feitas no caso de mulheres que apresentam sangramento, ou diante de ameaça ou histórico de abortos espontâneos. Nestes casos especificamente, as relações ficam suspensas somente no primeiro trimestre da gravidez. Porém, não há restrições às carícias, ao toque, à massagem erótica, ao sexo oral, à masturbação mútua e ao sexo anal. Nunca se deve esquecer: sexo faz bem para o corpo, dá prazer e, associado ao sentimento, aumenta o vínculo do casal e proporciona um clima de maior receptividade para o bebê.

ALGUNS ASPECTOS HISTÓRICO-SOCIAIS DO EXERCÍCIO DA SEXUALIDADE

As relações sexuais entre o casal podem diminuir no período da gravidez. Este fato pode estar associado ao vínculo conjugal que este casal possui, às expectativas dos cônjuges quanto ao filho esperado/desejado, ao contexto socioeconômico no qual estão inseridos, aos planos pessoais geralmente prejudicados em razão da chegada do filho e ainda, às crenças, mitos e tabus passados de geração em geração.

Algumas mulheres grávidas enfrentam períodos de angústia. Socialmente, o papel de mãe se sobrepõe ao papel de mulher. A idealização do papel materno dificulta a associação da maternidade com a feminilidade. A mãe é vista como um ser puro e, conseqüentemente, assexuado, o que vale dizer que a mulher grávida já cumpriu sua função reprodutiva, portanto, não cabe a ela ter relações sexuais e nem sequer desejos.

Nossa sociedade é influenciada por uma cultura judaico-cristã que teve, por longos anos, a concepção de que a atividade sexual está a serviço da Reprodução Humana. Logo, a figura de mãe, que é um papel complementar ao de mulher, superou-se em importância e, por isso, a maternidade passou a ser condição de ser mulher. A imagem da Virgem Maria passou a ser expoente que concebeu seu filho Jesus por obra do Espírito Santo, ou seja, sem relação sexual, mantendo-se pura, virgem, santa e imaculada.

Constrói-se, então, um ideal de feminilidade atrelado à maternidade, descaracterizando toda a identidade feminina e transformando-a num subproduto do universo maternal. Surge a dicotomia da mulher-santa e mulher-prostituta, a primeira respeitada e protegida, a segunda considerada devassa, portanto, perseguida.

Muitos homens acabam se influenciando por este fenômeno e chegam a relatar: “ela é a mãe do meu filho... como posso desejar fazer isto com ela?”. O sexo com a mulher-esposa-mãe passa a ser visto como uma ameaça à reputação da mesma, então ele a evita com receio de corrompê-la. O vínculo conjugal geralmente se rompe, originando sequelas que mais tarde irão se manifestar.

ALGUNS ASPECTOS PSICOSSEXUAIS NA GRAVIDEZ

O momento da gravidez para a mulher pode ser vivenciado como um acontecimento grandioso em sua vida. A geração de um novo ser, a maternidade, se associa à feminilidade, condição que desperta, muitas vezes, a libido e o desejo sexual aumenta.

Entretanto, a gravidez pode ser encarada como um momento delicado na vida da mulher. A fragilidade passa a ser a tônica, a ansiedade e a insegurança predominam quanto ao bem-estar do bebê. O apego às questões estéticas, aliado ao medo de não voltar a ter mais o mesmo corpo que tinha antes da gravidez, prejudicam a autoestima da mulher, contribuindo para o surgimento de quadros depressivos, o que ocasiona a diminuição ou a inibição do desejo sexual.

O desejo sexual de alguns homens também pode ficar prejudicado, pois do ponto de vista psicanalítico a mulher grávida pode ser vista como “a mãe do filho”, ou até mesmo, confundida (simbolicamente) com a própria mãe do marido, o que contribui para um distanciamento entre o casal e uma inevitável diminuição ou ausência de encontros sexuais.

Em virtude das alterações físicas da região pélvica, a mulher grávida pode apresentar dificuldade em obter orgasmo no momento do coito, principalmente se houver dor na penetração, dor esta possivelmente causada pelo inchaço e diminuição do canal vaginal ocorrido no primeiro e terceiro trimestre da gravidez.

Além das alterações físicas, tanto no primeiro quanto no terceiro trimestre de gestação, pode ser que o estado emocional seja o fator gerador da dificuldade em obter orgasmo, ou até mesmo, da dor na penetração, pois a ansiedade e o medo de prejudicar o bebê produzem contrações vaginais involuntárias que prejudicam a produção de lubrificação e inviabilizam ainda mais o coito.

AS VARIAÇÕES DO DESEJO SEXUAL NA GRAVIDEZ

Durante a gravidez, o desejo sexual pode, ou não, sofrer diminuição ou mesmo encontrar-se inibido. Tudo vai depender do vínculo afetivo que existe entre o casal, do estado de saúde geral de ambos e da influência dos mitos, crenças e valores exercidos sobre a formação pessoal de cada um. Percebe-se que tais alterações do desejo sexual estão associadas a aspectos emocionais e físicos. Didaticamente, divide-se o período da gravidez em três partes:

1º trimestre:

Cerca de 70 a 80% das mulheres neste período ficam frequentemente enjoadas (não apenas de comida, de cheiros, mas de tudo, inclusive do cônjuge), vomitam com facilidade e sentem sono excessivo. É a fase da progesterona, hormônio responsável pelo desenvolvimento do saco gestacional, importante para a continuidade da gravidez. O desejo sexual e a frequência das relações diminuem. A ansiedade e a insegurança diante da nova condição, a maternidade, geram o medo de perder o bebê, ao mesmo tempo em que o sentimento de culpa e a rejeição se instalam. As alterações físicas surpreendem a mulher e provocam a sensação de incômodo durante o ato sexual.

2º trimestre:

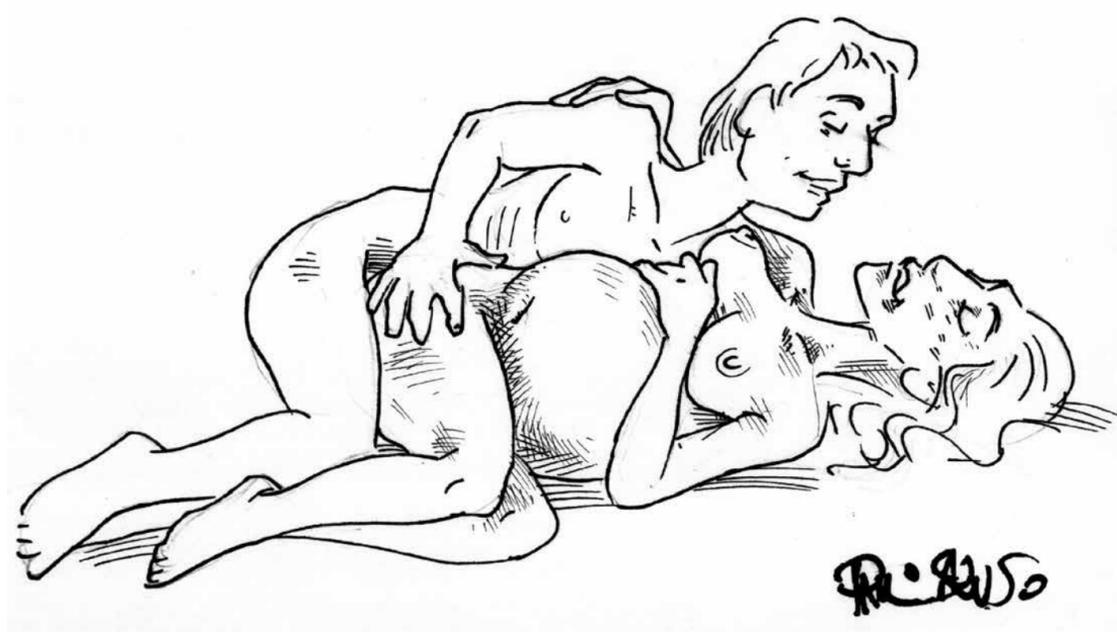
Neste período 80% das mulheres percebem um aumento no desejo sexual. Este período é o mais tranquilo para a mulher, pois a fase dos enjoos e dos sintomas físicos cessou. Há grande produção de lubrificação vaginal, o que facilita a penetração e a torna mais prazerosa. O marido se aproxima. Novos atrativos sexuais saltam aos olhos do cônjuge e a própria mulher os valoriza: aumento dos seios, silhueta mais cheia e redonda, a pele viçosa e o cabelo mais sedoso. Estes são dados que contribuem para o aumento da autoestima e do desejo sexual. O bebê passa a ser mais aceito, e o medo do aborto espontâneo diminui.

3º trimestre:

O último período da gravidez é caracterizado pelo aumento da ansiedade, devido à proximidade do parto, e pela condição iminente da maternidade. As alterações físicas estão chegando ao limite máximo, e a mulher passa a se ver como gorda, feia e nada atraente aos olhos do marido. A lubrificação vaginal diminui, e os mitos do sexo vaginal durante a gravidez ganham força. Aproximadamente 80% das mulheres percebem uma diminuição drástica no desejo sexual. Neste período é muito comum o cônjuge também estar vivenciando a ansiedade da chegada da paternidade e o seu desejo sexual geralmente fica prejudicado.

POSIÇÕES SEXUAIS DURANTE A GRAVIDEZ

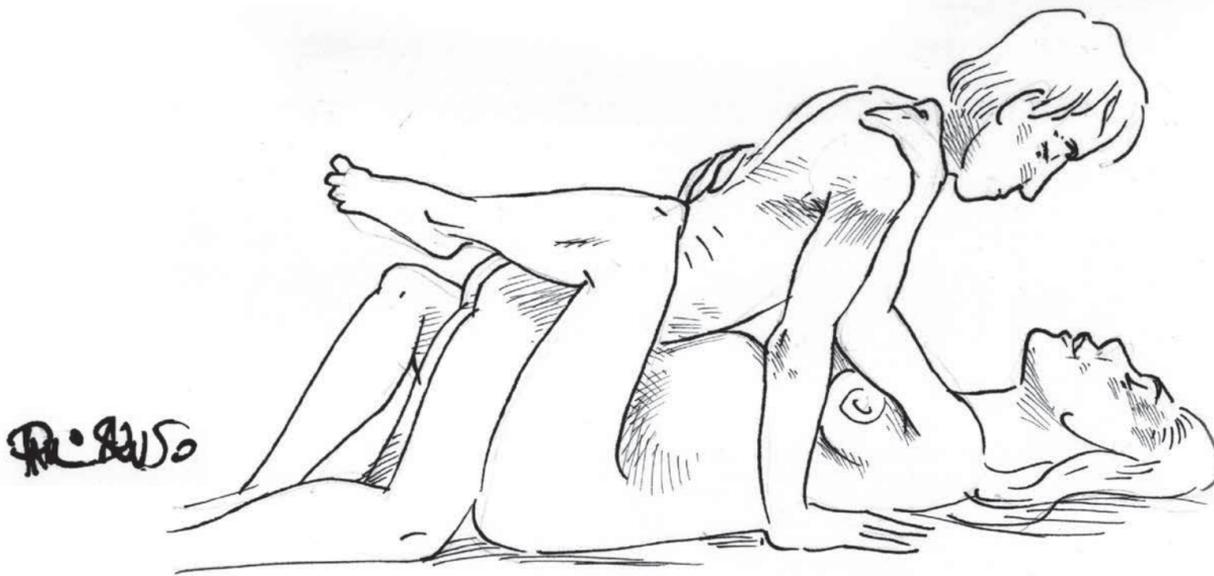
Quando o assunto é sexualidade, não existe certo ou errado. Não há regras que definem a prática sexual, principalmente durante a gravidez, pois muitos fatores devem ser considerados, como por exemplo, a maioria dos aspectos mencionados até aqui. Porém, acreditamos ser pertinente a apresentação de algumas posições sexuais consideradas confortáveis para a mulher grávida, já que a barriga ficando livre facilita a obtenção de prazer na hora da relação sexual.



Colher: o encaixe dos corpos é feito lado a lado, com o homem por trás. A mulher apoia a barriga sobre o colchão ou travesseiro. Nesta posição a penetração não é tão profunda e não acarreta desconforto para ela.



Mulher por cima (sentada): ela se senta em cima dele e controla o movimento e a profundidade da penetração. Não existe nenhuma pressão abdominal na mulher e ainda permite a troca de olhares e carícias.



Papai-e-Mamãe: a posição mais conhecida dos casais pode ser utilizada, desde que o homem não pressione a barriga da mulher com o seu tronco, devendo elevá-lo com o auxílio dos braços.



Cuidados com as mamas

“Amamentar, é uma ciência, uma arte, um ato de amor”

Queremos aproveitar esse capítulo para refletir sobre a importância de amamentar os filhos, e as inúmeras vantagens do insubstituível leite humano. Através de informações simples, pretendemos incentivar a arte de dar o seio, que é uma prova de amor visível entre a mãe e o seu filho. Ato simples de mútuo prazer e exclusivo de mãe e filho, inerente a todos os mamíferos, que, infelizmente, tem sido deixado de lado com justificativas vazias e mitos que ainda persistem, em pleno século XXI, apesar de tanta informação.

LEITE MATERNO

Dar leite é dar amor...

O leite materno é o alimento ideal. Diminui a mortalidade infantil e melhora a qualidade de vida dos bebês, evita desnutrição, é uma verdadeira vacina contra as infecções.

Melhorar a qualidade de vida das crianças e evitar os grandes males que mais matam no mundo: obesidade, diabetes, hipertensão e arteriosclerose (infarto e derrame), que podemos prevenir com aleitamento exclusivo por 6 meses (nem mesmo água ou chá são oferecidos).

As crianças desmamadas precocemente, e que tomam mamadeiras, mesmo quando bem cuidadas estão sujeitas a uma quantidade muito maior de cáries, defeitos da fala, defeitos ortodônticos, diarreias (desidratação), infecções respiratórias, pneumonias, alergias gastrointestinais, otites e alergias.

O primeiro leite, também chamado colostro, é muito parecido com parte do sangue materno (plasma), daí o leite materno ser chamado de sangue branco.

A MAMA QUE PRODUZ O LEITE

Dar leite é dar amor...

As teorias freudianas, que introduzem a amamentação como componente do desenvolvimento físico-psicológico integral, e os movimentos feministas apontam para

uma representação social da mama como objeto de sedução e de prazer, enquanto a crescente participação da mulher no mercado de trabalho cria justificativas para abreviar o período de aleitamento.

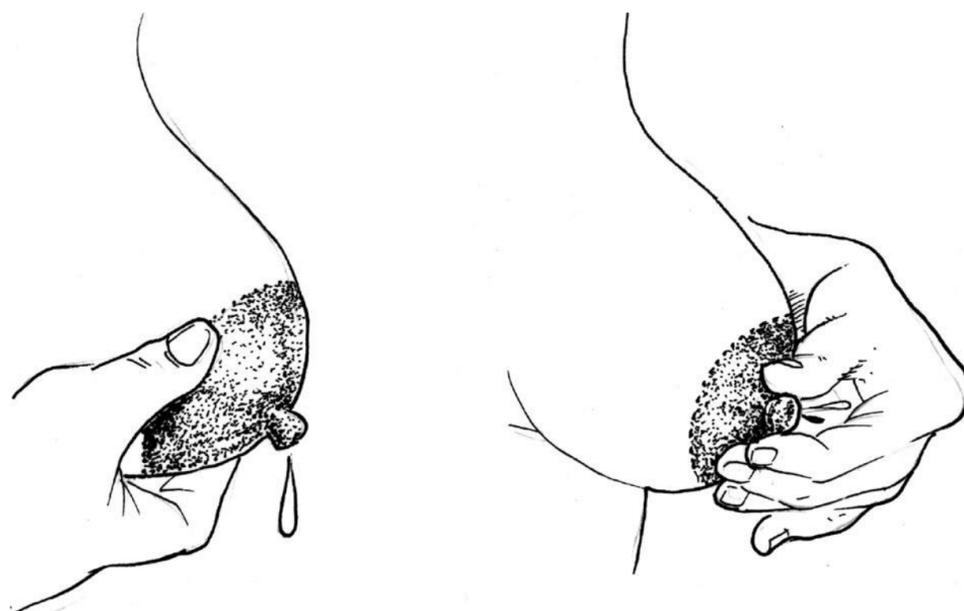
A influência do modelo de silhueta feminina difundido na nossa cultura ajuda ao repúdio à amamentação, sob pretexto da possível deformação dos contornos da mulher. Vale ressaltar aqui que para a mulher que quer voltar à silhueta que apresentava previamente à gestação, o aleitamento materno é um ótimo aliado. A depender da frequência e quantidade de leite às mamadas, o bebê pode “roubar” da mãe aproximadamente 1000Kcal por dia.

A produção do leite é comandada pelo bebê, no momento em que suga com os lábios, e ordenha comprimindo o seio com a língua e gengivas. Quanto maior o período de sucção maior a produção de leite.

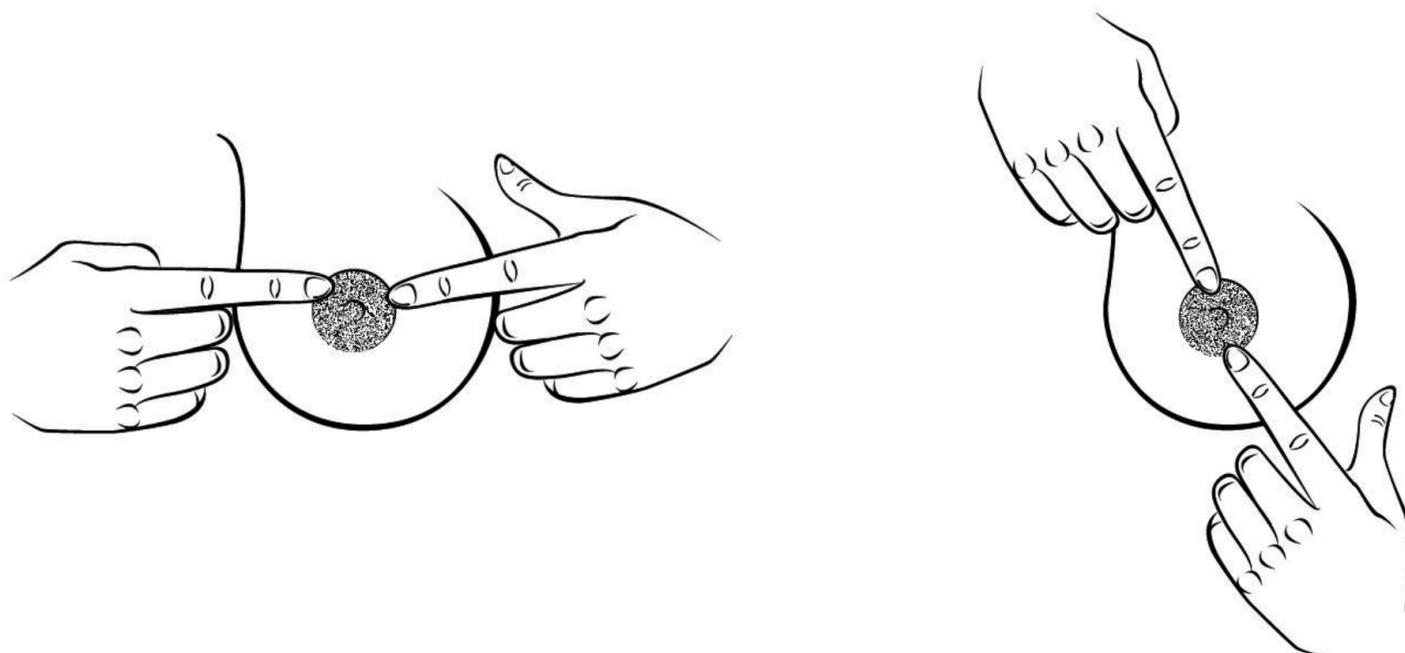
Amamentar é uma arte...

Preparando a mama:

- Mamilo (bico): durante os últimos meses da gravidez, fortalecer a delicada pele do bico do seio para evitar futuras rachaduras e dor na hora da amamentação.
- Faça uma “janelinha” no bojo do sutiã na altura do bico (corte uma rodela do sutiã e costure em volta para evitar que o tecido se desfie). O seio continuará recebendo apoio e o bico fica exposto. Assim, o roçar na roupa fortalece a pele do bico.
- Tome banho de sol “topless” antes das 10h e depois das 16h. Também pode-se fazer banho de luz com lâmpada de 40 watts a um palmo de distância, durante 10 minutos de cada lado, uma vez ao dia.
- Exercícios para fortalecer o bico: puxar para fora o máximo possível sem provocar dor, imitando o movimento de sucção do bebê, repetir de 10 a 20 vezes e ir aumentando até 50 vezes por dia em cada seio. É bom passar um óleo ou creme nas mãos antes de realizar os exercícios com o bico do seio.



- Para bico plano ou invertido, existem exercícios especiais: com os dedos polegar e indicador, tracione a pele da aréola, puxe para os lados e depois para cima e para baixo, ao mesmo tempo.



Apesar de conhecer todos os benefícios do aleitamento materno e de se esforçar para que ele aconteça, algumas mulheres apresentam muita dificuldade em realiza-lo. E tudo bem também. Amamentar não é fácil. Algumas vezes é necessário um aconselhamento de aleitamento com profissional especializado. Raras vezes não será possível amamentar. E tudo bem também. É importante não se sentir culpada e nem se considerar menos mãe por não conseguir amamentar seu filho. Há substitutos eficientes para o aleitamento e o que realmente importa é o amor e a dedicação aos filhos.



O pai grávido

A mulher grávida é sempre o centro das atenções. Onde quer que ela vá, sempre desperta comentários dos outros, que ora arriscam adivinhar o sexo do bebê, ora comentam que a barriga está baixa, pontuda, e assim por diante. Durante todo o período de gestação, o marido aparece como um simples coadjuvante, e passa a ser negligenciado. Embora a grávida mereça toda a atenção e dedicação do marido e, principalmente, a compreensão das suas necessidades afetivas e psicológicas (mimos), o marido, da mesma forma, também merece atenção especial, embora em nível bem inferior. A compreensão, pela mulher grávida, das angústias que afligem seu companheiro, bem como a consciência de que ele entende todas as mudanças que estão ocorrendo, poderão melhorar ainda mais o relacionamento do casal, tornando a gestação, o parto e o pós-parto muito mais agradáveis.

As angústias mais comuns dos maridos são:

- Sentimento de abandono.
- Receio de sexo.
- Preocupação com a saúde da mulher.
- Preocupação com a saúde do bebê.
- Preocupações com as mudanças futuras da vida do casal com a vinda do bebê.
- Aparência de sua mulher.
- Exclusão.

De todas as alterações relatadas, a mais interessante e que chama mais a atenção, é a Síndrome da Incubação ou Síndrome de Couvade (nome francês). Esta síndrome ocorre devido à integração exagerada e incontrolada do homem na gestação, ele passa a ter sintomas que simulam uma gestação: náuseas, vômitos, dores abdominais, alterações do apetite, ganho de peso, desejos alimentares, constipação, câimbras, tontura, fadiga e oscilações de humor. Embora a razão para isto não seja conhecida, algumas teorias tentam explicá-la: ciúmes, medo de ser abandonado, necessidade de atenção, estresse causado pela convivência com uma mulher irritadiça e a iminência do aumento da família. Esta síndrome só deve ser valorizada depois de afastadas as razões orgânicas para estes sintomas. O tratamento baseia-se na identificação do problema que estimulou o seu surgimento destes sintomas e em um reforço psicológico para o causador. Isto é: se

for ciúme do bebê, uma maior compreensão sobre a gestação, com relação a estas alterações poderá resolver o problema; se for preocupação em cuidar do nenê, um curso especializado o deixará mais tranquilo, e assim por diante.

A gestação é um momento que pode ser usado para realização de exames para avaliação do pai também. Ao mesmo tempo que a mulher vai ao laboratório fazer exames, o marido pode acompanhá-la e realizar exames específicos para sua saúde. Chama-se pré-natal do pai. No capítulo de exames maternos detalhamos os exames que os pais podem e devem realizar.

MENSAGEM AOS MARIDOS

Mesmo que estas modificações sejam compreensíveis, isto não deve fazer com que vocês deixem de ser carinhosos, calmos, pacientes, incentivadores, e estejam sempre ao lado de suas esposas para o que der e vier. Compreendam as angústias, as incertezas, os excessos de bom humor e mau humor. Saibam entender estas oscilações, e deem apoio integral durante os nove meses e o período de amamentação. Saibam entender suas carências e a necessidade de maior atenção.

Toda grávida gosta de mimos, não deixem de mimá-la.



Situações que necessitam de cuidados especiais

Grande parte das gestações evoluem sem intercorrências. No entanto, algumas vezes podem acontecer algumas intercorrências ou variações da normalidade que merecem cuidados especiais. O acompanhamento de perto com o médico e sua equipe visa minimizar os desfechos desfavoráveis tanto materno quanto fetais. É importante frisar que quando uma dessas variações da normalidade ocorrem, as orientações médicas devem ser seguidas à risca. Esse capítulo visa informar sobre algumas das intercorrências mais comuns e orientar precauções necessárias.

PLACENTA PRÉVIA

São os casos em que a placenta está inserida na região inferior do útero, perto do orifício do colo uterino. O diagnóstico é mais precisamente realizado após a 28^a. semana de gestação. Isso porque em idade gestacional menor a placenta pode ficar próxima ao colo do útero e não necessariamente significar placenta prévia, visto que com o crescimento uterino, a tendência é a placenta subir. No entanto, mesmo não recebendo o “nome” clássico de placenta prévia, placentas baixas antes de 28 semanas podem causar sangramento vaginal.

O que chama atenção quando há placenta previa é o sangramento vaginal intermitente. Por sorte, esse sangramento é de origem materna e não fetal. A sorte aqui mencionada refere-se ao fato que, pequenas quantidades de sangue fetal perdido já são suficientes para causar uma tragédia, ao passo que no caso materno, a perda sanguínea tem que ser significativamente grande para que ocorra desfechos desfavoráveis.

O sangramento tem característica de ser vermelho brilhante, em pequena quantidade e intermitente. Não gera dor, contração, ou perda da movimentação fetal. É mais comum ocorrer no último trimestre.

O diagnóstico de certeza é realizado por ecografia obstétrica abdominal, a qual poderá ser complementada pela via vaginal, se for necessário. Não há tratamento específico. A depender de cada caso, geralmente repouso e abstinência sexual são suficientes. Há casos em que é necessário internação e coleta de exames laboratoriais.

Quando a gestação chega ao final com a placenta mantendo-se prévia, o parto deverá ser realizado por cesariana.

TOXEMIA (PRÉ-ECLÂMPسيا OU ECLÂMPسيا)

A Toxemia gravídica é uma doença prevalente e é a principal causa de morte materna na América Latina e no Brasil. É caracterizada pela presença de hipertensão arterial sistêmica e perda de proteína na urina após a 20ª semana de gestação, sendo mais comum no terceiro trimestre, podendo ocorrer, inclusive no puerpério. A causa da Toxemia ainda é desconhecida. Uma vez diagnosticado, o acompanhamento pré-natal deverá ser realizado de perto e as orientações médicas seguidas estritamente.

A evolução da Toxemia é imprevisível. Há casos que se mantem leves. Outros que evoluem para complicações clínicas e laboratoriais. As mais comuns são a eclampsia (convulsão) e síndrome HELLP (alterações laboratoriais). O tratamento definitivo é o parto, mas algumas vezes, principalmente em idades gestacionais muito precoces, é possível o controle clínico com medicações e repouso.

O feto pode ser afetado pelos efeitos da hipertensão, principalmente com a diminuição de fluxo sanguíneo placentário. Mais comumente ocorrer diminuição do crescimento fetal e diminuição do líquido amniótico. Nos casos mais graves pode ocorrer morte fetal.

Vale ressaltar novamente a importância de seguir as recomendações médicas, tanto para um desfecho bom para a mãe e para o bebê. Seu médico saberá o melhor momento de interromper a gestação.

O pós-parto também merece acompanhamento até que ocorra melhora dos níveis pressóricos e dos exames laboratoriais. Há mulheres que permanecerão com hipertensão, mesmo posteriormente ao período do puerpério.

DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA (DPP)

O Descolamento Prematuro da Placenta, como o próprio nome diz, ocorre quando a placenta se desinsere do útero antes do parto. Como a conexão da placenta com o útero é extremamente importante para nutrição fetal, esta patologia é extremamente grave com risco de morte fetal.

No quadro clássico ocorre sangramento vaginal, hipertonia uterina (útero fica contraído sem momentos de relaxamento) e sofrimento fetal. Porém, há casos de DPP oculto e o diagnóstico só ocorre após morte fetal. O acompanhamento por um médico com experiência é fundamental.

Os fatores de risco associados são: hipertensão materna, uso de drogas, história de DPP em gestação anterior, trombofilias, idade materna, rotura prematura de membranas ovulares, entre outros.

Caso tenha sintomas, como sangramento vaginal, abdômen duro como tábua, procure o serviço de emergência para que as medidas corretas possam ser tomadas. O diagnóstico diferencial entre Placenta Prévia e Descolamento Prematuro de Placenta algumas vezes é difícil e necessita de exames complementares. Por isso, em caso de sangramento vaginal, procure um atendimento de emergência.

HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA

A hipertensão arterial crônica (pressão alta) da mãe previamente à gestação também é uma condição importante. Se você tem hipertensão arterial, o ideal é passar com um médico obstetra antes de engravidar. Exames podem ser realizados e a programação para a gestação ser gradual e em fases. Às vezes, pode incluir troca de medicações.

Recentemente, estudos evidenciaram um melhor desfecho materno quando se introduz AAS e carbonato de cálcio nas gestantes com antecedente de hipertensão crônica. Essa associação de medicações diminui a incidência de pré-eclâmpsia para mulheres com hipertensão crônica. O mesmo efeito não é encontrado em mulheres sem este antecedente.

Mulheres hipertensas, além do aumento de chance de ter pré-eclâmpsia, tem aumento da incidência de restrição de crescimento fetal, oligoâmnio (diminuição do líquido amniótico) e prematuridade.

A hipertensão não é impedimento para parto normal. No entanto, o controle pressórico deverá ser rigoroso.

DIABETES GESTACIONAL

O diabetes gestacional ocorre quando há um aumento dos níveis de glicose no sangue durante a gestação. O tratamento inicial é, geralmente, realizado com dieta para diabetes e exercício físico. Há casos em que é necessário tratamento com insulina.

O diabetes gestacional é uma entidade importante em obstetrícia. Quando o tratamento é realizado adequadamente e o diabetes é bem controlado, geralmente a gestação progride sem intercorrências. No entanto, se não houver um bom controle glicêmico, há maior risco de bebês grandes para idade gestacional, e/ou, que ao nascer podem apresentar dificuldade em respirar, hipoglicemia neonatal, ou até mesmo morte fetal e neonatal. Por isso é muito importante que as gestantes diabéticas sejam acompanhadas de perto por obstetras acostumados com gestações de alto risco. Um fator de risco importante é o antecedente familiar. Mulheres com parentes (principalmente pais e avós) que apresentam diabetes tem maior chance de desenvolver diabetes gestacional.

Quando a mulher já apresenta diabetes antes de engravidar, as complicações são mais frequentes, e, portanto, o controle deve ser mais rigoroso. Novamente, uma consulta para programar a gestação pode ser realizada para diminuir a chance de desfechos desfavoráveis. Caso isso não tenha sido possível, seguir as orientações médicas a risca é fundamental.

O diagnóstico pode ser feito durante a gravidez, através de repetidos exames laboratoriais. Um dos exames indicados é a curva glicêmica gestacional. É um exame no qual a gestante ingere um suco concentrado de açúcar e mede as glicemias em horários pré-determinados.

É importante salientar que mulheres com diagnóstico de diabetes gestacional tem maior tendência a desenvolver diabetes durante a vida futura, mesmo fora de outras gravidezes. Portanto, o acompanhamento e testes laboratoriais deverão ser realizados também no período pós-parto.

PROBLEMAS IMUNOLÓGICOS DO GRUPO SANGUÍNEO

Um casal cuja mulher tem tipo sanguíneo Rh positivo, geralmente, não exige nenhuma preocupação. Se a mulher for Rh negativo e o homem também, a despreocupação permanece. Todavia, no caso de a **mulher** ser Rh **negativo** e o **pai da criança** Rh **positivo**, a gestação merece alguns cuidados. Nessa situação, quando as células do sangue do bebê atingem a circulação da mãe, sendo esse feto Rh positivo, o sistema de defesa materno estará sensibilizado, e os anticorpos contra o sangue do bebê serão formados.

Essa passagem de sangue ocorre mais comumente no momento do parto e, eventualmente, num aborto.

Assim, conhecida a incompatibilidade sanguínea, deve-se administrar uma imunoglobulina (popularmente conhecida como vacina) que impeça a formação de anticorpos anti-Rh entre 28 e 34 semanas de gestação e após o parto, caso o recém-nascido seja Rh Positivo. Essa medicação, aplicada após o parto (no máximo até 72 horas), como injeção intramuscular, impede a formação de anticorpos contra o sangue Rh positivo do bebê. A próxima gestação estará segura e livre do problema.

É importante frisar que a incompatibilidade sanguínea leva a alguns problemas nos casos em que a mãe Rh negativo não tomou essa “vacina” - mesmo havendo indicação - ou recebeu alguma transfusão sanguínea com sangue incompatível.

As complicações geralmente surgirão numa próxima gestação, quando na anterior, inadvertidamente, não foram tomados cuidados necessários. O quadro é chamado Eritroblastose Fetal, isto é, haverá a transferência dos anticorpos maternos para a circulação fetal, destruindo as células do sangue do bebê.

Durante a gestação, é feito um controle através de um exame de sangue chamado Coombs Indireto. Com esse exame, pode-se detectar o grau de acometimento do feto. Muitas vezes, o comprometimento do bebê é de tal porte que se faz necessária uma transfusão sanguínea intrauterina ou a interrupção imediata da gravidez (parto), a depender da idade gestacional.



Situações de emergência relativa que podem ser resolvidas pela própria paciente

Este capítulo é o oposto do anterior, e foi escrito para tranquilizar e ajudar a gestante que se apavora e se desespera frente a problemas bastante simples. Estas situações são muito comuns na vida de qualquer pessoa, mas passam a ter uma conotação especial por causa do período pelo qual atravessa a gestante, e no qual a atenção deve ser redobrada.

As situações de emergência acontecem subitamente e não podem ser previstas. As gestantes, quando passam por certas situações, sentem-se inseguras e pensam, algumas vezes, que ela ou o bebê estão correndo risco de vida, como, por exemplo, no caso de uma hemorragia. Situações como gripe, tosse e dores de cabeça leves não são consideradas emergências. Entretanto, se a situação for realmente incômoda, não havendo possibilidade de esperar pelo dia da consulta, é importante que a gestante saiba como resolver o problema. Convém saber como entrar em contato com o médico ou a maternidade estipulada pelo obstetra que a acompanha. Cada clínica ou cada profissional têm a sua própria maneira de atender às gestantes que estão em situação de emergência. Por isso, logo na primeira consulta, a gestante deve perguntar ao médico como proceder nesses casos.

ANOTE NO ESPAÇO ABAIXO O QUE FAZER EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

Hospital de referência:

Tel. para contato:

Outros:

SITUAÇÕES DE URGÊNCIA RELATIVA

Existem situações corriqueiras em que o problema de saúde, sendo simples, pode ser resolvido pela própria gestante. São casos em que não há necessidade de entrar em contato com seu médico ou ir a um pronto atendimento. Pergunte a seu médico os

remédios que ele a autoriza tomar nos casos descritos abaixo. Certifique-se de que ele permite que você tome medicamentos sem consulta prévia (no momento em que tem necessidade). Num fim de semana, feriado ou mesmo em uma viagem, quando o contato com ele pode não ser muito fácil, esta lista lhe será muito útil.

Ansiedade / nervosismo (exagerados)

- Medicamento: _____
- Como usar: _____

Azia

- Medicamento: _____
- Como usar: _____

Cólicas ou pontadas abdominais

- Medicamento: _____
- Como usar: _____

Diarreias

- Medicamento: _____
- Como usar: _____

Dor de cabeça

- Medicamento: _____
- Como usar: _____

Dor de dente

- Medicamento: _____
- Como usar: _____

Dor de garganta

- Medicamento: _____
- Como usar: _____

Dores em geral (coluna, ciático, traumatismo)

- Medicamento: _____
- Como usar: _____

Enjoo

- Medicamento: _____
- Como usar: _____

Febre

- Medicamento: _____
- Como usar: _____

Gases intestinais

- Medicamento: _____
- Como usar: _____

Gripe

- Medicamento: _____
- Como usar: _____

Hemorroidas

- Medicamento: _____
- Como usar: _____

Intestino preso

- Medicamento: _____
- Como usar: _____

Obstrução nasal (nariz entupido)

- Medicamento: _____
- Como usar: _____

Pressão baixa

- Medicamento: _____
- Como usar: _____

Sangramento vaginal – Atenção: ficar em repouso

- Medicamento: _____
- Como usar: _____

Tosse

- Medicamento: _____
- Como usar: _____

Vômitos e náuseas

- Medicamento: _____
- Como usar: _____

Outros

- Medicamento: _____
- Como usar: _____



As últimas semanas de gestação

PREPARAÇÃO PARA O PARTO

Este é o período em que se deve tirar as últimas dúvidas, e resolver as últimas pendências, como a maternidade, os tipos de parto, a anestesia, e outras.

Para a gestante talvez seja “o pior” período. O abdômen já alcança sua dimensão máxima, tornando os movimentos difíceis e desconfortáveis. O sono fica perturbado pela dificuldade em se achar uma posição cômoda, e pela respiração superficial, gerada pela elevação do músculo diafragma. Dores nas pernas, nas costelas e falta de ar são muito comuns.

É nessa época que muitas grávidas começam a ficar impacientes, chegando a ponto de pedir para “marcar a cesárea”. Essas palavras geralmente refletem a angústia da paciente e não o seu desejo real. Desses sintomas surgiu a frase irônica: “A gravidez dura 8 meses e uma eternidade”, que reflete muito bem a dificuldade desse período. As dores no baixo ventre se iniciam para o preparo do útero. Para que ocorra dilatação no momento do trabalho de parto, o colo uterino que, durante a gestação tem uma espessura média de 4 cm e é fechado, tem que se tornar fino como uma folha de papel (esvaecimento) e apresentar dilatação. É impossível, ou muito difícil, uma dilatação quando o colo está ainda grosso, principalmente nas parturientes que ainda vão ter o primeiro filho. É nessas quatro semanas, aproximadamente, que antecedem o parto, que ocorrem essas modificações, e à custa de contrações de treinamento ou através das contrações que configuram o início do trabalho de parto. Às vezes, até alguma dilatação já pode ser observada.

Assim, as dores que surgem no baixo ventre (hipogástrio), e a sensação de “estar abrindo embaixo” são normais; muitas vezes a gestante percebe que “a barriga desce” - isso corresponde à insinuação do polo cefálico (cabeça) do bebê na pelve. Através das modificações observadas, podem ser feitas algumas previsões quanto ao momento do parto.

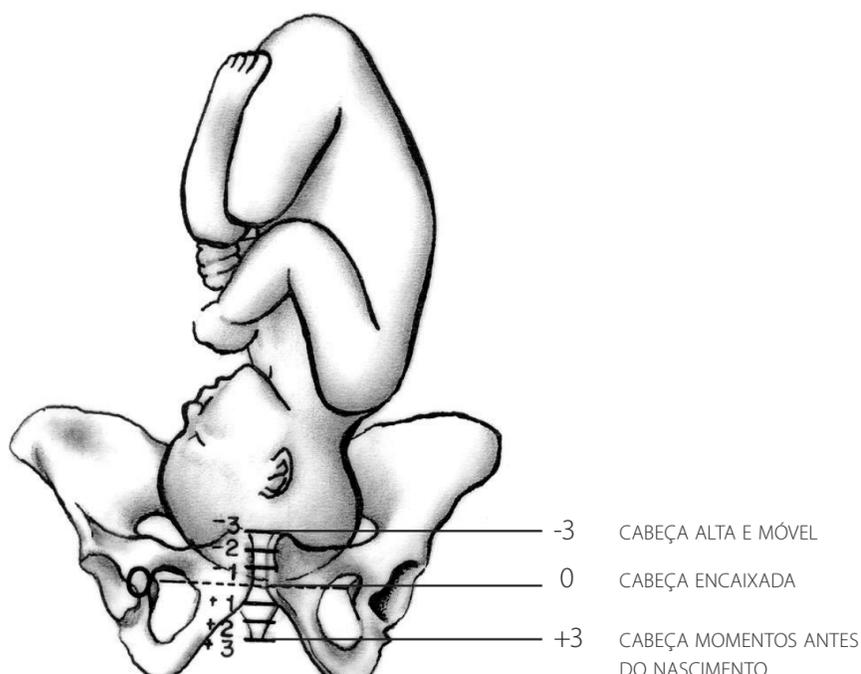
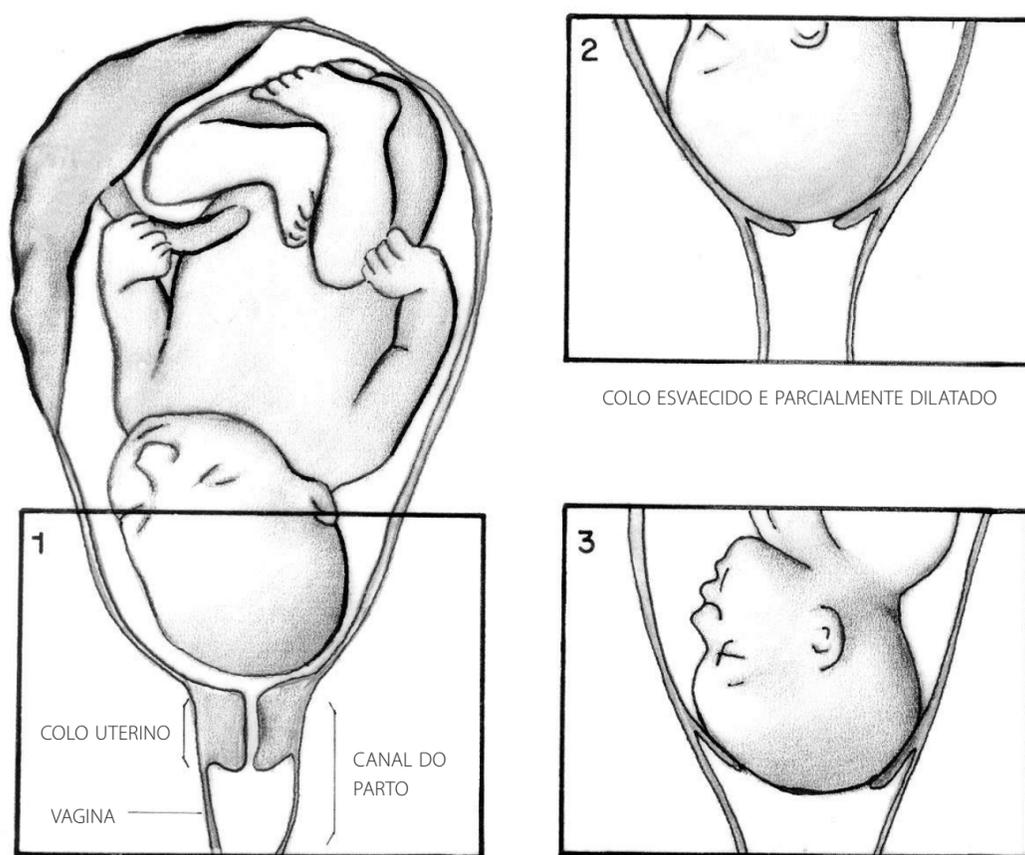
Por isso, é importante que, no fim da gestação, a paciente visite frequentemente o médico (uma vez por semana). Nesse período, é que aparecem as intercorrências mais importantes, que, quando detectadas precocemente, podem ser contornadas evitando-se complicações graves. Os exames para avaliação do bem-estar do bebê são úteis

(cardiotocografia, ecografia com doppler e, quando indicado, perfil biofísico fetal). Nessa fase, o exame que melhor identifica vitalidade fetal é a percepção materna de movimentação fetal. Quando a futura mamãe sente o bebe mexer bastante, geralmente o feto está bem.

Nessas consultas, as últimas dúvidas vão sendo explicadas para que a gestante se sinta segura e entenda, como normais, todos os sintomas desse período. O fato de saber que essas alterações são esperadas, já deixa a paciente mais tranquila, pois a dúvida leva à angústia e à depressão, o que não é benéfico para o trabalho de parto. A medida que o trabalho de parto progride, o colo do útero já esvaecido fica dilatado, permitindo ao bebê que passe pelo canal de nascimento.

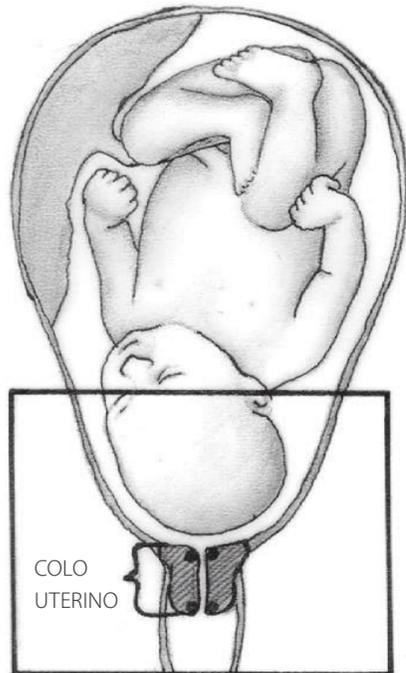
DESCIDA DA CABEÇA ANTES DO NASCIMENTO

A “descida da barriga” poderá acontecer várias semanas antes do começo do trabalho de parto. A figura abaixo com o feto e osso pélvico representa a descida fetal.

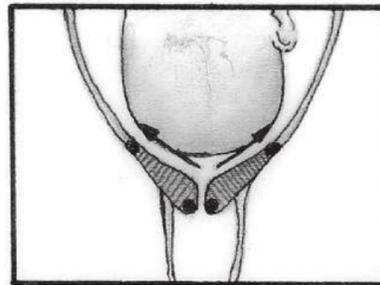


ESVAECIMENTO (ESPESSURA DO COLO UTERINO)

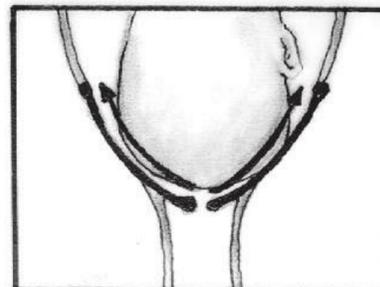
Essas ilustrações mostram o “afinamento” (esvaecimento) do colo uterino. Posteriormente, ocorre a dilatação. Esses dois processos podem ser concomitantes nas mulheres que já tiveram filhos antes.



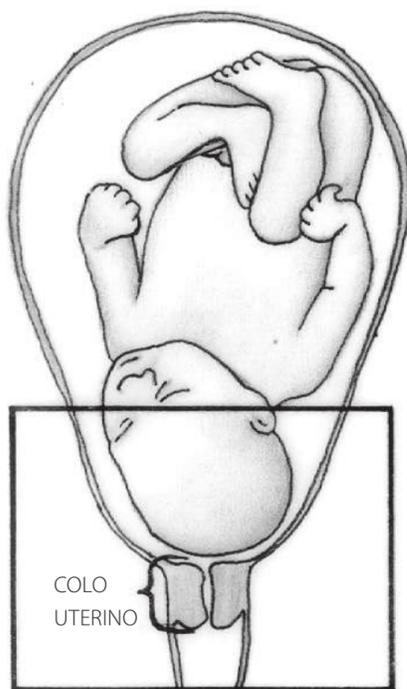
1. Colo grosso



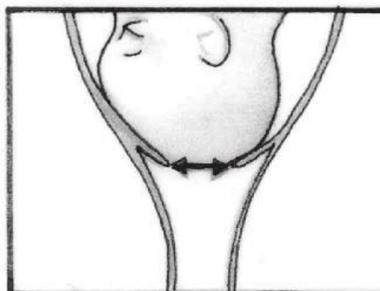
2. 50 % esvaecido



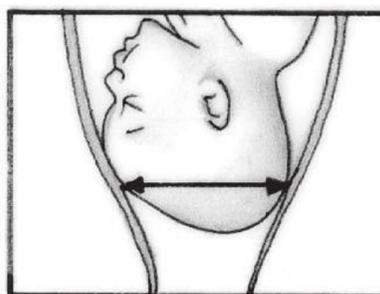
3. Esvaecimento completo



1. Colo impérvio (parcialmente dilatado)



3. Parcialmente dilatado



3. Dilatação completa

COMO SABER SE ESTÁ NA HORA

A princípio, sempre que houver dúvida, a paciente deve dirigir-se à maternidade programada ou ligar para seu médico. Estas orientações também são recebidas durante o pré-natal.

Existem, porém, alguns acontecimentos importantes que ocorrem com maior frequência nessa hora, como rompimento da bolsa, perda de sangue e contrações uterinas.

Rotura da bolsa

Normalmente não há dúvida sobre isso. A quantidade de líquido que sai é, geralmente, grande, o que faz a paciente ter certeza do ocorrido. Muitas vezes, a paciente acorda e observa o lençol completamente molhado e pensa, a princípio, tratar-se de urina. Aos poucos percebe que não é, pois mesmo depois de levantar-se, continua perdendo líquido. Ou então, ela está em pé e sente escorrer o líquido pelas pernas. Algumas vezes, porém, a perda de água, por ser pequena, gera dúvida.

Quando ocorrer a rotura de bolsa, e o líquido for claro ou branco leitoso, não há necessidade de preocupação. Basta se dirigir à maternidade calmamente. Se o líquido for de cor verde (mecônio - fezes do bebê), a gestante deve se dirigir à maternidade para avaliação do bem estar fetal.

Perda de sangue

A gestante quando está iniciando o trabalho de parto (momento que chamamos de pródromo) pode perder sangue via vaginal. É comum que esta perda seja acompanhada da perda do tampão mucoso. Muito provavelmente já houve início da modificação do colo uterino, o que indica que potencialmente o início do trabalho de parto está próximo.

Esse sangramento geralmente é em pequena quantidade e pode ser envolto de muco ou se apresentar um pouco mais claro (como se fosse um sangue diluído). Havendo dúvidas, o melhor é procurar uma maternidade para avaliação ou entrar em contato com a equipe do seu médico.

Contrações uterinas

As contrações são classificadas quanto à sua intensidade, duração e frequência. Durante a gestação, existem as contrações esporádicas, curtas e indolores, não têm ação sobre a dilatação do colo uterino. No trabalho de parto é diferente. As contrações são rítmicas, coordenadas, intensas, com duração cada vez maior, mais frequentes e potencialmente dolorosas. Geralmente no início ocorrem em intervalos de uma hora, depois 30 minutos, 15 minutos, chegando até de três a quatro contrações em 10 minutos. No começo, duram de 15 a 20 segundos, mas com o progredir do trabalho de parto, passam a durar em média 40 segundos, até mesmo um minuto. O momento ideal para ir ao hospital, dependerá das expectativas da paciente e da situação do bebê nas últimas consultas. Particularmente, acreditamos que o momento ideal para o parto normal é quando acontecem duas contrações de intensidade média a cada 10 minutos. Isso se for o primeiro filho e se não houver nenhuma intercorrência. Se a gestante já tiver outros filhos, vai depender dos partos anteriores e dos exames de toque realizados pelo médico nas últimas semanas.

Alarme falso

No caso do primeiro filho, quando tudo é novidade, a futura mamãe, pode confundir os sintomas. No final da gestação, chega a acreditar que “já está na hora”, porque aquelas dores já descritas no último mês passam a acontecer de forma muito intensa e se assemelham às contrações do trabalho de parto. Assim, a gestante inexperiente vai para a maternidade carregando a sua mala e volta para casa “frustrada e envergonhada”, por ter se enganado. Essas idas “enganosas” são muito comuns, e não devem ser motivo de aborrecimento. É preferível ir ao hospital e ficar tranquila, a permanecer em casa preocupada.

Atenção!

Estas orientações podem variar de médico para médico; converse com o seu.

O PARTO

Quem fará o seu parto?

Como entrar em contato?

A qualquer momento podem surgir dores, sinais ou outros sintomas (relatados nos próximos itens), que indicam que a ocasião do parto está próxima. Nesta hora, dependendo do que foi combinado com o obstetra, a paciente deverá ligar para ele ou dirigir-se diretamente para a maternidade previamente programada.

A depender da maternidade escolhida a avaliação será realizada por enfermeiro obstetra ou médico obstetra. Após criterioso exame, de posse do diagnóstico do trabalho de parto, encaminhará ou não a paciente para o centro obstétrico.

Atualmente há mulheres que preferem passar a maior parte do trabalho de parto em casa. Quando isso acontece é essencial o acompanhamento de um enfermeiro obstetra para avaliação do bem-estar materno e fetal durante todo o processo. Os pais e o enfermeiro decidirão sobre o melhor momento para procurar o hospital.

INFLUÊNCIA DA LUA NO DIA DO PARTO

Existe o mito de que, durante o último mês, a mudança da lua afeta a data do parto. Há controvérsias nas opiniões, mas até hoje não existem comprovações científicas sobre essa influência. No nosso entender, se houvesse essa influência não haveria vagas disponíveis nas maternidades, pois todas as gestantes desse período dariam à luz nesse dia.

Há estudos mostrando que os nascimentos são igualmente distribuídos em relação a dias do mês, dias da semana, e horário do dia. Ou seja, é completamente imprevisível em qualquer ocasião.

PRESENÇA DO MARIDO NA SALA DO PARTO

Nos últimos tempos, a participação do marido na hora do parto tem sido incentivada por alguns especialistas. Essa prática tem como objetivo dar à gestante mais segurança e apoio psicológico, além de proporcionar uma maior integração do pai com esse momento mágico da vida do casal. Entretanto, é necessário que o casal saiba todos os detalhes que envolvem esse ato. A presença de um acompanhante na sala de parto é garantida por lei. O acompanhante é de escolha da parturiente, ou seja, pode ser o parceiro, algum familiar ou um amigo.

Vale ressaltar que o acompanhante deverá estar preparado para estar ao lado e apoiar incondicionalmente um ente querido em um momento intenso de sua vida. A parturiente não precisa de alguém para deixá-la nervosa ou para não a ajudar. Por isso, a decisão sobre qual acompanhante escolher deverá ser realizada, preferencialmente, durante o pré-natal.

O que o casal deve saber antes de decidir pela presença do acompanhante na sala de parto

- Que deverá comprometer-se a atender todas as orientações dadas pelo médico e pelos profissionais presentes naquele momento, tanto no centro obstétrico, como na sala de parto, bem como às solicitações do hospital.
- Que deverá respeitar o espaço esterilizado para o parto, quando for o caso. Caso o pai encoste em um espaço esterilizado pode causar uma infecção no pós-parto.
- Que no caso de mal-estar do acompanhante (marido), e isso acontece mesmo àquelas que se julgam “fortes”, calmos, “acostumados” e “preparados” para isso, está claro que ocorrerá, fatalmente, desconcentração e dispersão da equipe médica (obstetra, auxiliares, anestesista, pediatra, enfermeiras, etc), e conseqüentemente prejuízo da qualidade do atendimento, colocando em risco a saúde da paciente e do bebê.

SALA DE PARTO E EQUIPE

Os cursos de preparação para gestantes, quando feitos em hospitais, costumam levar as grávidas para visitar as salas por onde irão passar durante o trabalho de parto. Na sala de triagem, quando for admitida, a gestante encontrará os mesmos equipamentos que vê num consultório médico: mesa de exames, instrumentos, foco de luz, monitor para pressão e coração. Já na sala de parto, estarão: o equipamento do anestesista, instrumentos cirúrgicos e obstétricos, equipamentos de reanimação para mãe e bebê, aparelho automático para medir a pressão arterial, oxímetro e monitor cardíaco para a mãe. Em alguns casos, há um berço para reanimação do bebê em cada sala de parto, além de uma sala próxima, com toda a tecnologia, para reanimação de alto risco.

Durante o parto, estarão ao lado da parturiente: o obstetra e um assistente, o anestesista (pode ser que também tenha assistente), o neonatologista, um circulante de sala, e conforme cada equipe, um instrumentador e um enfermeiro obstetra.

PARTO NORMAL OU CESÁREA

Entre os fatos que mais preocupam a gestante está o tipo de parto. É comum, depois da segunda metade da gravidez, a paciente perguntar: “O meu parto vai ser normal?” geralmente não se pode saber. Somente em alguns casos é que se poderá determinar, antecipadamente, com certeza, como ele será.

Podemos dizer, por antecipação, que será cesárea quando houver:

- Pelo menos duas cesáreas anteriores;
- Uma cesárea anterior, juntamente com falta de condições apropriadas para um parto normal;
- Placenta prévia centro total impedindo a passagem da criança por estar na frente da cabeça do feto;
- Exames de vitalidade fetal, realizados no fim da gestação, sugerem comprometimento do bem-estar fetal;
- Cicatriz uterina, como por exemplo, realização de miomectomia.

Excluídas essas causas, só saberemos a modalidade do parto no momento final da gravidez.

Entre as principais causas de cesáreas definidas apenas no final da gravidez, temos:

- Apresentação pélvica - criança sentada;
- Exames de vitalidade que indicam sofrimento fetal;
- Falta de progressão do trabalho de parto: a cabeça não desce, o colo não dilata, contrações desordenadas e insuficientes;
- Não ocorrendo nenhum desses imprevistos, o parto poderá ser normal. A escolha é da gestante.

PARTO CESÁREA COM HORA MARCADA – REALIZADO EM CASOS ESPECIAIS

Normalmente, a cirurgia dura de meia a duas horas, e poderá ser marcada pela manhã, tarde ou noite do dia determinado; vai depender da disponibilidade dos horários do hospital e de outras conveniências. A gestante deverá estar em jejum de 6 a 8 horas.

Depois de internada, será feita a mesma avaliação que no parto normal: pressão, batimentos cardíacos, altura do útero, posição e condições do bebê. Ainda na triagem poderá ser feita a tricotomia (raspagem dos pelos pubianos – local em que será realizado o corte cirúrgico), caso seja necessário. De lá, a gestante vai para a sala de pré-parto.

Na sala de parto que, muitas vezes, é a mesma usada para partos normais, a gestante será anestesiada. A técnica mais usada é o bloqueio (raquianestesia e/ou peridural). Em seguida, é feita a antissepsia da região, e colocada uma sonda na bexiga. Assim que os campos cirúrgicos são colocados, é iniciada a abertura da cavidade.

A gestante estará consciente o tempo todo. São sete planos de corte até chegar ao bebê. As vezes ele é retirado com a ajuda de uma alavanca. Essa etapa demora, dependendo do caso, de 3 a 10 minutos. A seguir, corta-se o cordão, retira-se a placenta e suturam-se os tecidos. O bebê, também em cesáreas marcadas, é entregue à mãe para a primeira mamada. Antes de totalmente cicatrizado, o corte terá cerca de 12 cm, depois ficará com 9 cm. Feito exatamente na linha dos pelos pubianos, horizontalmente, fica quase invisível, a depender das características da pele materna. Nas cesáreas seguintes, caso sejam recomendadas, o corte é feito no mesmo local e aumenta alguns milímetros na largura.

PARTO COM FÓRCEPS OU VÁCUO EXTRATOR – PARTO VAGINAL INSTRUMENTALIZADO

Essa geralmente é a grande preocupação da mãe e também do pai. Muitos casais já determinam, logo no início da gravidez, que em hipótese alguma deverá ser usado esse instrumento.

Hoje em dia já não se permitem mais malabarismos em obstetrícia. Não é mais como no passado, quando, por se temer as complicações da cesárea, as crianças eram quase arrancadas da mãe através do fórceps. Isso não acontece mais. O que eventualmente poderá acontecer, é que dependendo da condição materno ou fetal o parto deverá ser abreviado. Um exemplo é o descolamento prematuro de placenta quando a criança está quase nascendo. Quando isso ocorre, está indicado a via de parto mais rápida, ou seja, para garantir o bem-estar fetal, utiliza-se o fórceps ou o vácuo extrator para abreviar ao parto. O parto instrumentalizado aqui salva a vida da criança e não causa mal algum. Outro exemplo é uma gestante com cardiopatia em que os esforços de puxo devem ser evitados. O parto instrumentalizado diminui o risco materno.

Há também o parto instrumentalizado de alívio. Utilizado quando a mãe se encontra fadigada e sem forças para completar o momento final do parto depois de toda a jornada que foi o trabalho de parto.

Em nossa experiência, muitos pais que assistiram ao nascimento do próprio filho dessa maneira, consideraram este ato absolutamente inofensivo, mas deve ser usado adequadamente. Por isso é sempre indicado procurar um obstetra experiente. Um parto instrumentalizado está mais relacionado ao salvamento de vidas do que ao risco sobre elas.

PARTO “SEM DOR”

Até hoje nenhum método pode assegurar, com certeza, a supressão de qualquer dor durante o parto. Sabe-se que haverá sempre mulheres que desejam viver o nascimento do filho sem, entretanto, sentir a dor lancinante que provoca a expulsão da cabecinha do bebê. Hoje, com o desenvolvimento da psicoprofilaxia e da anestesia peridural, nenhuma paciente deve temer o desenrolar de um trabalho de parto.

A psicoprofilaxia compreende todo um processo no qual a paciente toma parte. A gestante participa, entendendo cada fase da evolução, das modificações e dos sintomas que aparecem na gravidez. Por meio dessa compreensão (que é um dos objetivos deste livro), realizada com auxílio do médico e pessoal competente, a paciente é incentivada a fazer uma boa dieta, exercícios físicos e respiratórios.

Dessa maneira, além de um bom pré-natal, pode-se ter certeza de que o período entre o início do trabalho de parto até, mais ou menos, 6 cm de dilatação, quando será instalada a anestesia peridural ou combinada (peridural + raqui) que torna a dor quase inexistente - será facilmente suportável pela paciente, provavelmente nem notada (a dilatação máxima é de 10 cm e é alcançada momentos antes do parto).

A psicoprofilaxia da maternidade visa educar a mente e o corpo da mulher para o ato da parturição.

O parto é um fenômeno natural, primitivamente indolor ou acompanhado de sensações dolorosas plenamente suportáveis. O círculo vicioso medo-tensão-dor é o responsável pelas queixas das pacientes.

O conhecimento, por parte das mulheres, da fisiologia da gestação e do parto, ou seja, “do desconhecido”, eleva o limiar da sensibilidade à dor. As gestantes são treinadas a fim de relaxarem o corpo durante a contração uterina, o que diminui a tensão e seus aspectos negativos.

Os estudos mostram que quanto mais cientes e conscientes do processo que irão passar, mais aceito é o processo do trabalho de parto. No entanto, a sensibilidade à dor é individual. Há mulheres que necessitarão analgesia mais precoce. Há aquelas que não irão solicitar analgesia. O que importa é que a mulher possa ter o parto que ela deseja, da forma que sempre sonhou. A equipe de parto estará ao lado da mulher para orientar, acalmar, conscientizar e mostrar os caminhos possíveis. O que mais importa é uma boa experiência e um bom desfecho tanto para a mãe quanto para o bebê.

COMO TENTAR AMENIZAR AS DORES DO PARTO

A percepção da dor pode aumentar por:

- Fome e sede
- Medo de pensar, esperar que ela venha
- Ansiedade e estresse que aumentam durante as contrações da primeira fase do parto
- Autopiedade

A percepção da dor pode diminuir com:

- Apoio de pessoas queridas e carinho da equipe do parto
- É recomendada alimentação leve conforme aceitação da mulher. É muito comum que durante o trabalho de parto a mulher não queira comer.

- Distração. Enfrenta-se uma contração a cada vez. Elas são como ondas que se tem de vencer para chegar ao bebê
- Usam-se as técnicas de relaxamento que a gestante conhece bem, concentrando-se na respiração.

ANESTESIA

A maioria dos partos são realizados sob anestesia peridural, intradural ou combinada. Em geral, a anestesia ajuda e muito, amenizando as dores no parto vaginal, tornando-o mais agradável. No entanto, a escolha se receberá analgesia ou não é da mulher. A gestante aproveita mais o primeiro choro do bebê, não fica com traumas da dor, além de ela facilitar a retirada da placenta, e a sutura de lacerações caso ocorram. É cada vez mais incomum a necessidade de episiotomia. No entanto, quando necessário deverá ser realizada. E sua sutura é facilitada na presença de analgesia.



PARTO VAGINAL

A anestesia ou analgesia é feita através da peridural, raquidiana de expulsivo ou combinada. Essa anestesia é aplicada nas costas, na região lombar, por meio de uma agulha adequada. A paciente fica sentada em posição semelhante a de um “Buda”. No caso da peridural contínua, a fim de se dar a quantidade adequada de anestésico, é colocado um cateter dentro da agulha (semelhante a um cano plástico fino) que permite que se injete anestésico pouco a pouco, conforme a necessidade e durante o tempo que se desejar.

CESÁREA

Geralmente é realizada anestesia raquidiana. Essa anestesia é feita através de uma injeção de anestésico na coluna com uma agulha ultrafina. A grande vantagem sempre foi a baixa quantidade de anestésico, facilidade na aplicação e um maior relaxamento do abdômen, facilitando a cirurgia. Hoje, com agulhas ultrafinas e com desenho adequado, a paciente beneficia-se de todas as vantagens da raquianestesia, sem ter as complicações comuns no passado, como é o caso da cefaleia.

Junto ao anestésico, rotineiramente, é adicionada morfina, que prolonga o efeito anestésico até 24 horas, que seriam as horas mais dolorosas se não houvesse esse medicamento. Como efeito colateral dessa conduta, há coceira pelo corpo (semelhante a um processo alérgico) e, mais raramente, retenção urinária. Essas intercorrências são contornadas por medicamentos e sonda vesical nas primeiras 6 horas.

Mesmo com esses efeitos colaterais, a aplicação da morfina representa um grande avanço na recuperação da paciente submetida à cesárea.



Gêmeos e trigêmeos

Atualmente, com a mulher cada dia mais independente e inserida no mercado de trabalho, a maternidade está sendo adiada e, com a idade materna mais avançada, a necessidade de tratamentos através da indução da ovulação vem aumentando. Sabe-se que um dos problemas relacionados aos tratamentos para infertilidade é a gestação múltipla, gêmeos, trigêmeos e até quadrigêmeos.

Visto que a gestação múltipla não é mais uma raridade e é considerada uma gestação que causa mais preocupações, faz-se necessária uma revisão nos cuidados pré-natais das pacientes.

Embora exista uma chance maior de complicações nestes casos, cada vez mais os especialistas estão se adaptando e aprendendo a cuidar melhor destas pacientes, aprimorando a assistência à mãe e aos bebês. Assim, um pré-natal bem feito e individualizado, tanto da parte médica quanto nutricional, minimiza muito os riscos destas complicações.

Quanto antes for feito o diagnóstico da gestação múltipla melhor. Atualmente, com a facilidade da ultrassonografia pode-se detectar o número de gêmeos precocemente e é fundamental que se observe ainda no primeiro exame (ao redor de 5 a 7 semanas de gestação):

- Estabelecer o número exato de bebês, se idênticos ou não e a posição que estão dentro do útero.
- Documentar a posição e o número das placentas.

A PRIMEIRA CONSULTA PRÉ-NATAL

Não raramente, a notícia da gestação múltipla é uma surpresa e a primeira consulta ao obstetra já é uma excelente oportunidade para tirar as dúvidas iniciais, embora a maioria delas surgirá nas semanas seguintes. O obstetra deve dar uma visão realista e clara dos cuidados especiais que esta gestante deverá ter.

CUIDADOS PRÉ-NATAIS

A gestação múltipla merece alguns cuidados especiais durante o acompanhamento pré-natal, visto que algumas doenças são mais frequentes em comparação à gestação única.

A principal complicação da gestação múltipla é a prematuridade e o baixo peso dos bebês. O importante é prevenir a prematuridade extrema e algumas medidas podem ser feitas para identificar as pacientes de maior risco para tal.

- Medida do colo uterino, preferencialmente pela ultrassonografia transvaginal entre 18 e 22 semanas de gestação.
- Identificar precocemente as contrações uterinas (às vezes indolores).
- Triar complicações mais frequentes na gestação gemelar, como diabetes gestacional e pré-eclâmpsia.

Para tentar minimizar estes problemas, o acompanhamento destas gestantes deve ser mais frequente após o sexto mês, o repouso pode ser recomendado.

A avaliação do crescimento intrauterino dos bebês deve ser realizada com maior frequência do que na gestação única, principalmente quando os fetos compartilham a mesma placenta. Como não existem tabelas de normalidade para peso e medidas de múltiplos, o mais importante é a análise comparativa no decorrer da gestação, ou seja, acompanhar cada bebê individualmente e observar se está havendo desaceleração no ganho de peso de cada um deles. Nem sempre um bebê pequeno representa um retardo de crescimento, pode ser uma medida de adaptação para promover maturidade. É sempre importante avaliar vários parâmetros além do peso, como o perfil biofísico fetal e a dopplervelocimetria, antes de decidir pela resolução do parto.

Na gestação com gêmeos idênticos, há o risco de um bebê crescer mais do que o outro (que, nos casos graves configura a síndrome feto-fetal), o que deve ser sempre motivo de atenção do ultrassonografista.

Um ponto ainda bastante controverso é a necessidade de se realizar cerclagem uterina (dar pontos no colo do útero) nas gestações múltiplas. Apesar de alguns médicos realizarem este procedimento de rotina, nestes casos, a maior parte dos trabalhos científicos mostra que esta conduta não é recomendada de rotina, tampouco oferece benefício. Somente deverá ser realizada em casos muito selecionados. A gestante de múltiplos tem maior probabilidade de apresentar hipertensão e diabetes (27 a 33%) durante a gestação, assim, estas duas patologias devem ser cuidadosamente observadas durante o pré-natal, com exames de sangue específicos e ultra-sonografias.

Deteção precoce de infecções genitais e urinárias é de capital importância para se evitar rotura precoce da bolsa.

No terceiro trimestre, são importantes os seguintes exames: cardiotocografia, perfil biofísico fetal e ultrassonografia com doppler. Em relação ao tipo de parto (normal ou cesárea), desde que o primeiro feto esteja cefálico, não há contra indicação ao parto normal, no entanto, deve-se avaliar posição dos dois fetos, se há presença de duas cavidades amnióticas, vitalidade fetal e desejo materno. A indicação de parto cesariana em gestação gemelar é mais comum do que em gestações únicas. E ainda há a possibilidade

de um filho nascer de parto normal e o segundo de cesariana (caso ocorra alguma complicação com o segundo, como por exemplo, sofrimento fetal agudo).

Os exercícios podem ser realizados com acompanhamento. O ideal são exercícios sem impacto, preferencialmente na água (hidroginástica).

As necessidades nutricionais estão aumentadas na gestação múltipla, portanto, sempre que possível, deve-se realizar acompanhamento dietético com nutricionista. O ganho de peso ideal nestes casos gira em torno de 12 a 15kg para gêmeos e 15 a 18kg para trigêmeos no final da gestação.

A anemia, bem como a carência de outros elementos, é mais frequente nas gestações múltiplas em relação à gestação única. Assim, é fundamental a ingestão de uma dieta balanceada, bem como suplementos vitamínicos.

Complicações perinatais que são mais frequentes na gestação múltipla:

- Hiperêmese gravídica (vômitos em exagero)
- Anemia
- Hipertensão (e pré-eclâmpsia)
- Diabetes gestacional
- Rotura prematura da bolsa das águas

Todos estes problemas podem ser minimizados com um bom acompanhamento pré-natal.

NUTRIÇÃO NA GESTAÇÃO MÚLTIPLA

Será que a mamãe de gêmeos terá que comer por três e a de trigêmeos por quatro?

Não é bem assim, mas está comprovado que o ganho de peso e a necessidade de determinados nutrientes na gestação múltipla devem ser maiores quando comparados às gestantes de um ou dois bebês.

Sabe-se que o peso pré-gestacional juntamente com o ganho de peso no primeiro trimestre da gestação têm forte influência sobre a duração da gravidez e o peso final do bebê. O ganho de peso no primeiro trimestre faz com que a mãe estabeleça um “estoque” de nutrientes, que será fundamental posteriormente e ainda garante o adequado crescimento e desenvolvimento da placenta.

Particularmente na gestação múltipla, o ganho de peso inicial é ainda mais importante por duas razões:

- O parto de trigêmeos ocorre, geralmente, 4 a 8 semanas antes do habitual e é nesta idade gestacional que há o pico de ganho de peso fetal (por volta da 31/32 semanas); portanto estes bebês se beneficiarão de um aporte precoce de nutrientes.
- O ganho de peso inicial beneficiará o desenvolvimento estrutural e funcional da placenta aumentando a transferência de nutrientes para os fetos.

Assim, durante o pré-natal é muito importante o rigoroso controle do ganho de peso, bem como a determinação do índice de massa corpórea, para planejar uma dieta adequada para cada paciente.

COMO FAZER PARA TENTAR CUMPRIR ESTAS METAS?



O cansaço é muito comum nestas pacientes. É recomendado incluir técnicas de relaxamento (alongamento, yoga, massagem) durante a semana, o que, além de combater o estresse, melhora a qualidade do sono.

O jejum pode levar ao aumento de uma substância chamada prostaglandina, que parece estar associada ao trabalho de parto prematuro. Assim, é importante o controle da ingestão de carboidratos.

A quantidade de proteína também deve ser maior, em torno de 200 a 225g ao dia (para gestação única este valor é de 110g).

Os principais minerais que devem estar incluídos na dieta são: ferro, cálcio, magnésio e zinco. Assim, como a falta destes elementos pode acarretar problemas, o mesmo é observado quando ingeridos em excesso, por isso a importância do acompanhamento nutricional.

A melhor maneira de garantir a presença adequada destes elementos é através da dieta balanceada e não com suplementos.

Na prática, observa-se que estas mães são mulheres muito felizes e realizadas com seus bebês - motivo de muito orgulho - e as dificuldades são sempre superadas com muito amor e carinho!! Uma vez grávida de gêmeos ou trigêmeos é bom saber: “É muito bom e vale a pena”!



O parto harmonizado

Não existe um momento tão mágico e tão sublime na vida de uma mulher, como o do nascimento de um filho, e na verdade, pouco importa se é do primeiro, do segundo ou do terceiro. A emoção pode ser maior ou menor em cada nascimento, mas o momento será sempre de muita expectativa e muito valor.

O parto pode ser Normal, Natural, Fórceps, Cócoras, Aquático, Leboyer ou Cesárea, tanto faz, o que importa, além da saúde da mãe e do bebê, é a maneira como se acolhe esta criança no momento de sua chegada ao mundo. O parto deve ser calmo e sem traumas, algo emocionante e alegre que proporcione lembranças agradáveis para o resto da vida do casal.

HARMONIZANDO O NASCIMENTO

UMA EQUIPE ESPECIAL

O parto harmonizado significa dar total assistência à mãe e ao bebê da forma mais natural e acolhedora possível. É necessário procurar atender às necessidades individuais e aos desejos de cada gestante, e dar a ela o tipo de assistência de que necessita. Não podemos, jamais, abrir mão das medidas de segurança aprendidas ao longo dos anos, e que previnem complicações. Não devem ser esquecidos os benefícios que a Ciência oferece hoje, pois outrora, gestantes e bebês sofriam complicações irreversíveis.

É fundamental para o Parto Harmonizado

- Atender ao pedido da gestante quanto ao tipo de parto que pretende ter, não se esquecendo jamais de garantir a segurança e o bem-estar da mãe e do bebê. Os desejos de parto, condutas que podem e devem ser realizadas, outras que merecem ser evitadas, idealmente, deverão ser discutidas durante o pré-natal.
- Garantir um pré-natal que deixe a gestante sempre bem informada sobre os sintomas comuns e as preocupações de cada fase do desenvolvimento do bebê.

A grávida deverá ter liberdade para esclarecer quaisquer dúvidas, e deverá realizar todos os exames necessários não só para o seu bem-estar, como também para o bem-estar do bebê. Estes exames são determinados pelo obstetra ou pela equipe responsável.

- Preparar a gestante para entender e encarar as “dores do parto” como uma coisa natural, que pode ser suportada e amenizada por meios farmacológicos. É importante também que obtenha conhecimento da evolução da gravidez, através de leitura, de informações da equipe médica e de cursos especializados para gestantes (incentivo ao parto normal). Além disso, é preciso que conheça detalhes sobre a anestesia precoce (analgesia de parto).
- Ter por perto, tanto no momento do trabalho de parto como da internação, o marido ou alguém da família que a faça se sentir mais segura e confiante.
- Contar, durante o trabalho de parto, com um tratamento individualizado, que tenha um enfermeiro obstetra e que possa, com exclusividade, dar à gestante atenção psicológica, a fim de encorajá-la nos momentos mais difíceis. Um anestesista experiente deve estar presente para o atendimento. Há mulheres que se beneficiam da presença de doulas.
- Garantir medidas que facilitem a evolução do trabalho de parto (indução das contrações), amenizem o desconforto das dores das contrações (analgésicos e analgesia) e evitem sequelas futuras.
- Garantir durante a evolução do trabalho de parto um ambiente agradável, que pode ser obtido através de recursos descritos a seguir:



A ASSISTÊNCIA AO PARTO - UM AMBIENTE IDEAL

APOIO

É fundamental que, neste momento, companheiro, médico obstetra, enfermeiro obstetra e, quando desejado, a doula estejam em perfeita sintonia e transmitam à gestante total confiança e vontade de ajudar durante o trabalho de parto. A grávida, neste

momento, tende a sentir-se solitária, e necessita de cuidados médicos, além de massagens, carinho e informações sobre o processo que está vivenciando. A confiança que deposita naqueles que estão ao seu redor deve ser a máxima possível. Deve haver competência, compreensão e respeito para com o ritmo e os tempos que precedem o parto normal.

SILÊNCIO, ILUMINAÇÃO E AMBIENTE ACOLHEDOR

Devem ser evitadas conversas paralelas desinteressantes, vozes de comando alteradas e sons que possam perturbar o bem-estar da gestante. Ruídos de ambientes vizinhos e o entrar e sair de pessoas, o tempo todo, podem perturbar o clima de paz. A iluminação à meia luz ou a penumbra podem melhorar ainda mais o relaxamento. O uso de abajures, lâmpadas fracas ou simplesmente o fechar das cortinas tornam o cenário mais acolhedor e íntimo.

MÚSICA

Para algumas mães é relaxante e inspiradora.

POSICIONAMENTO

Algumas posições melhoram o fluxo sanguíneo do útero e podem dar mais conforto à gestante. A posição preferencial é a do corpo virado para o lado esquerdo. Mas, durante o trabalho de parto, o ideal é a liberdade de posição para a gestante. Algumas preferem ficar dentro da banheira ou sentada em uma cadeira deixando a água do chuveiro cair sobre as costas e a barriga.

MOVIMENTAÇÃO

Se for possível, procurar evitar que a mulher fique o tempo todo deitada. A mobilidade auxilia o movimento dos ossos da bacia e ajuda a diminuir o tempo do trabalho de parto.

MASSAGENS

A sensação de dor diminui com as massagens, pois estas competem com as mensagens de dor enviadas ao cérebro pelas contrações uterinas do trabalho de parto. Estas massagens devem ser aplicadas por profissionais competentes nas costas (durante as contrações) e nos ombros e pescoço (entre as contrações), pois ajudam a relaxar. A massagem suave na barriga, braços e pernas dão a sensação de apoio físico e companheirismo. Todas elas são de grande valor.

RESPIRAÇÃO

Entre uma contração e outra, a respiração deve ser calma e profunda proporcionando um maior relaxamento. Durante a contração deve ser mais acelerada, começando lentamente e tomando-se mais curta em seu auge (como cachorrinho), e voltando a ficar longa conforme a contração vai diminuindo de intensidade. Este tipo de respiração alimenta a oxigenação do bebê, e proporciona um agradável relaxamento durante o intervalo das contrações.

RELAXAMENTO

A tensão exagerada durante as contrações de trabalho de parto pode representar uma força contrária à evolução das contrações e da dilatação, o que leva ao aumento da dor. O relaxamento ameniza a sensação angustiante da dor e faz com que a gestante se desligue das preocupações do mundo exterior, o que diminui o tempo entre o início das contrações e o nascimento do bebê.

TERAPIAS COMPLEMENTARES

Homeopatia, acupuntura, cromoterapia e terapia floral, apesar de não estarem entre as terapias “cientificamente comprovadas”, têm sido largamente empregadas por diversos profissionais e com excelentes resultados.

ATENDIMENTO NAS PRIMEIRAS HORAS APÓS O NASCIMENTO DO BEBÊ

BANHO DO BEBÊ . O PRIMEIRO SENTIMENTO DE SER PAI



Para muitos homens, o verdadeiro sentimento da paternidade surge com o nascimento do bebê. Durante o pré-natal, o seu papel foi de um importante coadjuvante que ajudou sua mulher a sentir-se protegida e segura.

Logo após o momento mágico do nascimento, com o primeiro contato físico com seu filho, inicia-se a verdadeira carreira de pai. Nesta hora, com ajuda de um enfermeiro obstetra experiente, os braços

do homem dão apoio e segurança para que seu filho comece a explorar seu corpinho dentro d'água. Na água flutuando, o bebê é capaz de perceber-se como gente, sentindo seus braços e pernas em um ambiente semelhante ao da bolsa amniótica que ele acabou de deixar, porém muito mais livre e solto.

Esta rica experiência que marca o início dos laços familiares faz com que o pai estreite o vínculo com seu filho, que agora é alguém pelo qual se sentirá responsável.



A PRIMEIRA MAMADA – O PRIMEIRO CONTATO FÍSICO COM SEU FILHO

Não existe recompensa maior para uma mãe, depois de nove meses de espera, do que ser capaz de nutrir seu filho. E nada mais reconfortante para o bebê do que ser alimentado por sua mãe.

O vínculo emocional que se forma neste processo é altamente gratificante para ambos. A mãe sente-se plena e capaz de proteger e cuidar de seu rebento, e ao bebê é garantido um alicerce seguro para seu desenvolvimento psicofísico- emocional.

Uma maneira de a mãe perceber a importância da amamentação, é colocar o bebê para mamar logo pós o nascimento. Este momento de esplendor precisa de harmonia e de um ambiente adequado. O ideal é que a claridade não seja tão intensa e o som das vozes, por sua vez, seja baixo para que o bebê sinta o clima de paz e harmonia. Logo ao nascer o bebê é colocado sobre o corpo da mãe, num contato pele com pele. Este contato inicial é tão intenso para ambos, que regulará a frequência respiratória e os batimentos cardíacos do bebê, acalmando-o, e isto estimulará os hormônios responsáveis pela lactação, despertando no bebê o instinto de ir em busca do seio materno. É um momento de pura emoção. O aleitamento logo após o nascimento poderá ser realizado também quando o parto for cesariana.

Amamentar é um ato de carinho. É um direito da mãe, e uma benção para o bebê.

CUIDANDO DO FUTURO DO SEU FILHO

ARMAZENAMENTO DE CÉLULAS DO CORDÃO UMBILICAL (CÉLULAS-TRONCO)

O nascimento de um filho pode ser excelente e o único momento para se garantir a cura de eventuais doenças que podem se manifestar futuramente. Isto pode ser feito através do congelamento do sangue do cordão umbilical no momento do parto.

O sangue do cordão e da placenta são ricos em um tipo especial de células chamadas “células-tronco”. São estas células que dão origem a todas as células do corpo, e estão presentes também na medula óssea de qualquer indivíduo adulto.

Normalmente, o cordão umbilical e a placenta são descartados após o parto, entretanto, atualmente já é possível coletarmos e armazenarmos o sangue do cordão por tempo indeterminado (o tempo comprovado de armazenamento é de 15 anos, mas os pesquisadores acreditam que, em breve, este tempo será estendido). A coleta para congelamento só pode ser feita na hora do parto. Antes de congelá-lo, porém, são feitos testes sorológicos para várias doenças transmissíveis, e, se alguma for detectada, o armazenamento não será possível.

A finalidade deste procedimento é que o sangue do cordão pode substituir a medula óssea, em casos de pacientes que necessitem de transplante de medula óssea. O transplante de medula é o tratamento de escolha para alguns tipos de câncer (ex.: leucemias, linfomas, mielomas) e para algumas doenças imunológicas.

Alguns pacientes não podem usar a própria medula, pois ela pode estar comprometida, e além disto, a coleta das células da medula é extremamente traumática, exigindo anestesia geral e processo cirúrgico. Os testes de compatibilidade são extremamente complexos, e a probabilidade de se achar um potencial doador de medula óssea é rara (1:4 entre irmãos e 1:40.000 fora da família). Portanto, o armazenamento dessas células-tronco serve para uso próprio e pode, também, beneficiar parentes próximos.

Com as células armazenadas há garantia de maior rapidez no tratamento e não haverá risco de rejeição após o transplante. Em 1988, foi realizado, com sucesso, o primeiro transplante de medula feito com células do cordão umbilical. Desde então mais de 1500 procedimentos já foram realizados mundialmente.

A utilização das células-tronco tende a expandir, já que as pesquisas neste segmento estão em franco desenvolvimento; existe uma linha de pesquisa, ainda em fase inicial, que estuda maneiras de estimular as células-tronco e transformá-las em diferenciadas, aquelas encontradas nos diferentes tecidos. Teria-se, assim, a cura para várias doenças, pois se poderia substituir os tecidos doentes por saudáveis.

Hoje, já existem bancos públicos acessíveis a toda população, e neste caso a família abre mão do direito àquele cordão, doando o sangue colhido ao governo ou a uma entidade filantrópica que vai pagar por todo o procedimento de congelamento. Assim, crianças que necessitarem de um transplante de medula, e não tiverem um doador na família, poderão encontrar, neste banco público, células compatíveis com seu organismo.

ALGUMAS SUGESTÕES FINAIS

ANTES DO PARTO

A gestante deve tentar, dentro do possível, evitar distúrbios emocionais. Infelizmente, alguns são inevitáveis, em particular os relacionados à vida conjugal, familiar, social e financeira. Entretanto, outros podem ser evitados. A gestante deve evitar contatos ou conversas com amigos ou parentes que lhe venham incutir medo ou ansiedade, tais como relato de histórias complicadas sobre parto, sobre problemas obstétricos, e toda a sorte de informações errôneas ou de conselhos.

Em lugar disso, é mais importante estabelecer e manter boa comunicação com o médico. A paciente deve sentir que sempre tem alguém a quem recorrer e em quem confiar, caso necessite de alguma informação ou de esclarecimento sobre qualquer dúvida. Deve a gestante confiar no seu obstetra e no serviço médico, e discutir com ele tudo o que a preocupa e atemoriza.

Todos os assuntos merecem ser discutidos, sem distinção, inclusive os relativos a honorários, mesmo se a paciente tiver convênio ou seguro saúde até porque, podem existir restrições que não sejam do conhecimento do casal. Encargos financeiros, tais como despesas de internação, despesas do recém-nascido e preparação para a chegada do bebê, podem ser significativos. As consultas pré-natais visam esclarecer e orientar a paciente para que tenha uma gestação mais fisiológica, tranquila, e dê à luz um recém-nascido em ótimas condições. Visam ainda prevenir e tratar moléstias que possam surgir durante a gravidez, bem como preparar as mesmas para o parto e para os cuidados com o recém-nascido.

As consultas devem se iniciar o mais precocemente possível, ocorrendo com intervalos de 4 a 6 semanas até o 7º mês e a cada 2 semanas ou semanais após isso. A gestante deve fazer exames de rotina já após a primeira consulta (sangue, urina, etc), e quando necessário deverá repetir alguns deles.

Em cada consulta, além do tratamento dos sintomas que eventualmente surgirem, é feito controle de peso, dieta, pressão arterial, crescimento do útero e batimentos cardíacos do bebê. Novas orientações, se necessárias, são dadas. A gestante não deve tomar nenhuma medicação diferente daquela recomendada sem antes consultar um médico.

Quaisquer sintomas ou dúvidas urgentes, que surgirem no intervalo entre as consultas, devem ser comunicados ao médico. Uma boa conduta é anotar as dúvidas não urgentes, para não esquecer de esclarecê-las na próxima consulta. Para isso, pode-se utilizar o espaço reservado no fim deste livro, o que tornará cada consulta mais objetiva e proveitosa.

Durante as consultas, a gestante terá esclarecimentos complementares quanto aos sintomas iniciais do trabalho de parto, o tipo de parto e a anestesia que receberá.

ESSÊNCIAS FLORAIS

Grávida, eu?!...

Quanta emoção!

No início é só alegria...

Depois...

É muito melhor!!!

Perguntas, perguntas e mais perguntas.

A grávida se empolga, atinge o cume da felicidade, e quando está lá em cima, começa a surgir perguntas sobre o novo ser que cresce dentro dela, e sobre como vai ser a sua vida dali para a frente...

E outras tantas perguntas começam a persegui-la dia e noite...

No início da gravidez, as pessoas começam a olhar para ela com aquela expressão de: “está ficando gorda deste jeito, ou será que está grávida?!...” E aí pode vir a instabilidade emocional dos primeiros meses de gestação. As essências florais são alternativas naturais que podem ajudar no tratamento de alguns problemas que interferem no bem-estar da gestante. Depressão, ansiedade, mal-estar, agitação assim como outras tantas alterações no humor das grávidas são perfeitamente reduzidos, bem canalizados, ou até eliminados com o uso das essências florais.

A TERAPIA FLORAL

A terapia floral já mostrou seus excelentes resultados em vários campos de atuação, sendo adotada como apoio ao perfeito equilíbrio da “futura mamãe, “futuro papai”, “futuros vovós”, e de todos os que assim necessitarem.

Os florais surgiram por volta de 1936, e atuam sobre o nosso corpo mental e sobre o nosso corpo astral (alma), trazendo-nos a harmonia e a paz, indispensáveis para podermos viver em plenitude total.

O terapeuta floral, após um estudo do paciente como um todo, adequa a melhor combinação das diversas essências florais para cada caso específico.

A GRÁVIDA É ÚNICA

Por isto, o floral é único, é só para você; não adianta tomar o floral que “uma amiga tomou, e ficou ótima”, pois cada caso é um caso. Acredite, você é única, e neste planeta enorme, não há ninguém igual a você.

ALGUNS FLORAIS PARA A GESTANTE

Várias são as essências florais, e vamos citar aqui apenas algumas aplicações ligadas à gestação:

- Para auxiliar a gestante a vivenciar a gravidez como um estado positivo.
- Para as variações emocionais durante a gravidez.
- Para suavizar enjoos e vômitos durante a gravidez.
- Para a aceitação de mudanças físicas durante a gravidez.
- Para ter confiança em relação à maternidade.
- Para a sonolência comum do começo da gestação.
- Para a sensibilidade excessiva durante a gravidez.
- Para o excesso de preocupação em relação à gravidez e ao bebê.
- Para a ansiedade excessiva na gravidez.
- Para a transição em cada estágio da gravidez.
- Para a gestante superar o medo em relação ao parto.
- Para a depressão pós-parto.

E muito, muito mais...

ABRA-SE PARA UMA NOVA VIDA

Por isto, é importante que a gestante consulte um terapeuta floral de sua confiança, a quem possa falar abertamente tudo o que está acontecendo nesta fase de sua vida, e assim, reencontrar seu equilíbrio e a sua alegria.

É bom lembrar, contudo, que a terapia floral atua como apoio a gestante e ao médico, e que as consultas médicas, no pré-natal, deverão ser mantidas regularmente, garantindo, assim, uma gravidez e um parto de muita felicidade e saúde.



Aprenda a anotar suas dúvidas antes das consultas

Com o acúmulo de preocupações e tarefas diárias, todos nós, por lapsos de memória, esquecemos episódios importantes. A grávida, pela ansiedade naturalmente exacerbada, fica ainda mais esquecida. Por isso, entre uma consulta e outra, deve procurar escrever suas dúvidas e preocupações ou, até mesmo, curiosidades para que possam ser relatadas ao médico. Este capítulo tem como objetivo organizar e fornecer um espaço, em forma de agenda, para que a gestante possa anotar, dúvidas e perguntas a serem esclarecidas e respondidas na próxima ida ao médico.

A consulta será mais completa, mais rápida e facilitará o trabalho do médico.

Conheça, nas próximas páginas, a sugestão de calendário de anotações que preparamos.

Data ___ / ___ / ____

Nº de Semanas da Gestação: _____

NONO MÊS – LEMBRETES FINAIS

- Deixe tudo pronto para o parto. Tire todas as suas dúvidas.
- O tamanho da barriga é desconfortável. Durma de lado.
- Para segurança da saúde da paciente e do bebê, o contato com o médico
- poderá ser através da Maternidade, quando após a paciente ser examinada,
- o médico será. comunicado. Esta consideração deverá ser aprovada pelo obstetra da gestante.

As situações mais importantes são:

- Contrações uterinas: em número de..... contrações (o médico da paciente decide) a cada 10 minutos, durante 1 hora consecutiva. A barriga fica dura, contrai, dói em cólica e relaxa a seguir. O processo se repete automaticamente.
- Rotura da bolsa: saída de líquido pela vagina em grande, média ou pequena quantidade, escorrendo pela perna ou molhando o colchão quando estiver deitada.
- Sangramento vaginal: de qualquer intensidade.
- Em qualquer ocasião: que o casal tiver dúvida quanto aos sintomas apresentados, sensações indefinidas, ou preocupação quanto ao bem-estar da mãe e do bebê.

Anotações - Dúvidas



Cuidados maternos após o nascimento do bebê

CUIDADOS E ESCLARECIMENTOS

Puerpério ou “período de dieta” é o período pós-parto em que todos os órgãos de reprodução voltam ao normal. Nessa época, que dura de 6 a 8 semanas, em relação as alterações mais importantes, mas que dura até um ano para que se complete, a mulher, gradativamente, retorna às suas atividades normais. O respeito aos cuidados recomendados nessa fase assegura uma tranquila e completa recuperação.

ESFORÇO FÍSICO

Ao chegar em casa, a agora mãe deve procurar descansar. Durante as duas semanas seguintes, as atividades devem aumentar gradativamente. É importante não se cansar demais. Sentindo-se bem, as restrições arbitrárias não são aplicáveis. As pacientes que têm melhor recuperação tendem a cometer abusos em suas atividades do lar, e são fortes candidatas a complicações indesejáveis. A maioria das mulheres acha difícil retomar integralmente aos trabalhos da casa pelo menos por duas semanas.

Se a mulher morar em local com escadas, no caso de parto cesariana, deverá utilizar as escadas o mínimo possível. Se tiver tido parto normal, há maior liberdade.

RELAÇÕES SEXUAIS

Poderão ser reiniciadas, aproximadamente, 30 dias após o parto, de maneira lenta e progressiva. É importante que o casal tenha em mente que naturalmente a mulher pode não ter desejo sexual logo no primeiro mês após o parto. Questões hormonais e de dinâmica da nova família constituída podem fazer com que as relações sexuais no puerpério fique em segundo plano. Importante salientar que, assim como em outros momentos da vida, a relação sexual só deve ser iniciada após o retorno do desejo.

A dor nas primeiras relações é bastante comum, principalmente a sensação de ardor. Isso ocorre independentemente de o parto ter sido normal ou cesárea. O ardor pode ser minimizado com o uso de lubrificantes. Importante que o casal converse bastante e descubra até que ponto a relação está confortável para ambos. Aos poucos, o relacionamento vai retornando ao normal, mas em alguns casos é necessário uma colaboração de medicamentos locais que deverão ser receitados pelo médico.

Os cuidados contraceptivos não poderão ser esquecidos, uma vez que, mesmo amamentando, outra gravidez pode ocorrer.

DIRIGIR AUTOMÓVEL

Não existe nenhuma restrição. Deve-se saber, entretanto, que há alterações dos reflexos e golpe de vista, podendo isso favorecer a um acidente. Procure dirigir por locais pouco congestionados e que não exijam muita habilidade do motorista. Andar em garupa de moto é totalmente contraindicado na gravidez e no pós-parto, não só pelos riscos de acidentes, como também pela eventual trepidação.

FLACIDEZ NA PAREDE ABDOMINAL

O retorno da musculatura abdominal à tonicidade normal ocorre lentamente. Nos primeiros dias após o parto, quando o intestino ainda não funcionou e a quantidade de gases está aumentada, a distensão pode ser grande, a ponto de se perguntar ao médico em tom de brincadeira “não foi esquecido um outro bebê dentro da barriga?”. Isso independe do fato de ter sido parto normal ou cesárea. A flacidez depende do grau de distensão durante a gestação (tamanho do bebê e quantidade de líquido amniótico, ganho de peso materno) e, basicamente, da constituição física da paciente.

Após o funcionamento do intestino melhora bem o quadro, embora o abdome possa continuar ainda um pouco distendido. Aproximadamente 15 dias após o parto, a parede abdominal já atingiu 70% de sua tonicidade normal, sendo o restante atingido com exercícios físicos, que deverão ser iniciados cerca de 2 meses após o nascimento do bebê, se o parto tiver sido cesariana. Os exercícios após parto normal podem ser iniciados mais precocemente. As cintas para gestantes, embora façam com que a paciente tenha liberdade maior nos movimentos (por se sentir mais segura) e uma melhor aparência, fazem com que a musculatura abdominal seja menos solicitada durante a movimentação normal do dia-a-dia, retardando, assim, o retorno do abdômen à sua tonicidade normal.

ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS

Nesta fase, a mulher passa por momentos de intensas emoções. O parto é a grande ruptura, pois, a partir dele, o bebê não faz mais parte do corpo da mãe, é agora, um ser indefeso e totalmente dependente de seus cuidados para sobreviver. Esta vivência é muito intensa, podem surgir sentimentos confusos e muito cansaço. Além disso, as solicitações do bebê costumam ser muito frequentes, o sono dos pais fica irregular, o que contribui para o maior estresse do casal. A tarefa de amamentar, no início, é difícil, pois a produção de leite da mãe leva uns dias para equilibrar-se com a necessidade do bebê. A puérpera experimenta momentos de insegurança e medo, principalmente

em se tratando do primeiro filho. Depois que a adaptação se estabelece, todos serão recompensados e viverão muitas alegrias e prazeres.

Inicia-se, então, um processo de conhecimento através da Comunicação Não-Verbal. Gradualmente, vai-se familiarizando com o novo ser, criando apego por aquele que acaba de chegar, e este processo nem sempre resulta naquele imaginado durante a gestação. A mãe entra em um estado capaz de se identificar com o bebê, isto é, colocar-se no lugar dele, e sentir quais são suas necessidades básicas.

O bebê se expressa por movimentos corporais, expressões faciais e pelo choro - a forma que tem de demonstrar tudo que lhe incomoda.

A criança tem necessidade de colo, pois acaba de sair do ventre da mãe. Sua adaptação ao mundo ocorre gradualmente, e nesses primeiros tempos sente-se ainda pertencente ao corpo materno. Ela vai se desligando aos poucos, ao longo de seu desenvolvimento.

Não é uma tarefa fácil suprir as necessidades de um recém-nascido; exige tempo e paciência, e principalmente, requer que os pais “aprendam a olhar o mundo pelos olhos de seu filho”. Às vezes, pode ser difícil satisfazer as necessidades de estímulos sensoriais, porém, se esses estímulos forem correspondidos ativamente, renderão muitos dividendos na vida futura do bebê. Os recém-nascidos precisam viver a dependência, ser atendidos em todas as suas necessidades, pois são seres totalmente dependentes. Consequentemente, acreditarão no mundo e tornar-se-ão independentes, seguros e curiosos em descobrir tudo a seu redor. É nesta fase, que o bebê desenvolve a confiança básica. A partir dos cuidados que recebe, obtém segurança. E quando apresentados a um mundo amigável, desenvolvem a confiança, garantindo, assim, a base de sua personalidade.

O aleitamento materno possibilita que a separação brusca do nascimento não seja brusca e sim gradual. A criança só aos poucos irá sendo apartada de sua antiga existência uterina. Quando a mãe amamenta por bastante tempo e por diversas vezes, o mundo da criança ainda consiste, principalmente, em seu calor, apoio e movimento, de sua pulsação, de sua voz e de sua química corporal. É a partir daí que a criança adquire a compreensão de seu novo mundo; de diferentes temperaturas, texturas, luzes e sons. É da base familiar fornecida pelo corpo materno, que o bebê constrói o universo.

DEPRESSÃO PÓS-PARTO

As dificuldades, como a vivência do parto, a queda abrupta dos hormônios da gravidez, e as primeiras relações com o bebê, podem acarretar estados depressivos, ideias persecutórias, desejo de afastar-se, sensação de abandono. Estes sentimentos estão presentes em todos os casos, em maior ou menor grau. Quando são muito intensos, caracterizam-se pelo repúdio total ao bebê, a mãe não quer vê-lo, aterrorizasse com ele, permanece triste, afastada, ausente. A sensação dominante é de haver perdido a própria personalidade, e, assim, ser uma mera escrava do bebê e do ambiente onde está.

Pode, inclusive, ter a sensação de que tudo conspira contra ela. Define-se este conjunto de reações como Depressão Pós- Parto.

O marido e a família podem colaborar de modo eficiente. É importante que não deixem a parturiente sozinha com o bebê. Tais sensações tendem a amenizar e se transformam em carinho para com o filho, em alegria pelo seu processo e crescimento. Acredita-se que, por volta da terceira semana, a mulher já deva sentir-se mais integrada, e reconhecendo sua potencialidade em ser mãe. Se essa colaboração da família não for suficiente pode ser necessário a busca de alguma ajuda externa terapêutica. É interessante informar ao médico sobre qualquer tipo de alteração de comportamento que a mãe possa apresentar.

RETORNO DA MENSTRUÇÃO E DA OVULAÇÃO

O retorno da menstruação após o parto é bastante variável. A lactação tende a retardar a sua volta. Geralmente, se diz que a menstruação propriamente dita começa por volta da 6ª semana do pós-parto (aproximadamente 40 ou 50 dias), sendo que até essa época, ou até mesmo depois desse período, o sangramento vaginal pode ser contínuo. Porém, é bastante variável esse retorno na maioria das mulheres. Daí decorre o problema de contracepção: não se tem certeza da época da ovulação. Teoricamente mulheres que não amamentam já podem ovular 40 dias após o parto. As que amamentam é muito relativo, depende da frequência de mamadas e se o aleitamento é exclusivo. Porém, o mais comum é que com a paciente ainda amamentando, dificilmente a menstruação retorna.

Geralmente, enquanto a nova mamãe está dando o leite do peito, as menstruações não aparecem. Quando aparecem, vêm de maneira irregular em quantidade e duração alteradas. Isso não significa que a ovulação não exista e a gravidez seja impossível. Todos os cuidados devem ser levados em conta para que não ocorra uma gravidez precipitada e indesejada.

RETORNO DA MENSTRUÇÃO E DA OVULAÇÃO

A mãe que amamenta o filho forma com ele um vínculo tão forte que, só de vê-lo, sente o leite descer e até vaziar de seus seios. Isso pode acontecer desde a primeira mamada.

O contato físico é de extrema importância quando mãe e filho se adaptam à nova situação. O bebê sabe onde encontrar seu alimento, mas tem que se ajeitar com o bico, com a maneira lenta ou rápida com que o leite flui, com o modo como a mãe o segura. A mãe, instintivamente, sabe como alimentá-lo, como lhe dar carinho e amor.

A hora do aleitamento é um momento íntimo em que as emoções da mãe passam para seu filho e vice-versa. A mãe





tensa ou nervosa poderá encontrar alguma dificuldade no início, ao passo que a mulher descontraída sente um raro prazer em amamentar seu bebê, ficando tranquila e realizada quando ele suga de modo consistente.

Emocionalmente, mãe e filho têm extrema necessidade do contato físico proporcionado pela hora da mamada. Todo bebê tem a boca muito sensível, e goza a proximidade do bico do seio, de onde retira seu alimento. A mãe com as mamas repletas sente alívio e satisfação quando seu filho as esvazia. É nesse sentido de paz que ela sente o amor de seu bebê. Mesmo bastante novinho, ele demonstra, com sua avidez e satisfação, quanto a mãe lhe é necessária. A medida que o filho

cresce, esse amor ainda se torna mais evidente, porque, ao mamar, o bebê coloca a mãozinha no seio da mãe e a olha com ternura.

É na hora de mamar que a criança sente o calor da mãe, sua pulsação, a proximidade querida que lhe dá segurança e tranquilidade. Quando mãe e filho formam uma boa dupla de amamentação, essa experiência é valiosíssima, pois confere, à mãe, maturidade emocional. Ela se dá inteiramente ao filho, segue um ritmo, compreende suas necessidades.

A partir daí, a mulher se torna espontânea, e o aleitamento passa a ser um ato tão natural que ela pode, inclusive, ler, comer ou conversar no telefone enquanto amamenta. É o momento em que mulher e filho formam um só todo, e o bebê sente a continuação da proteção e do calor que gozava no útero materno. A amamentação é uma atividade que deixa a mulher ainda mais feminina e, sendo mais mulher, seu relacionamento com o marido e os outros filhos se torna ainda melhor.



Dicas para uma boa amamentação

- Introduza na boca do bebê, o bico e a aréola, de tal maneira que o bico se posicione no céu da boca, tomando cuidado para que o nariz não seja tampado impedindo a respiração do bebê.
- Ofereça as duas mamas, começando sempre pelo mais cheio, ou pelo último da mamada anterior.
- Se a mama estiver muito cheia, o bebê pode ter dificuldade de pegar. Neste caso é bom extrair um pouco de leite antes de dar o peito: pressione primeiro a aréola e depois faça massagem de cima para baixo. Caso persista a dificuldade em esvaziá-lo, faça massagem no banho morno de chuveiro.

- Se você precisar interromper a mamada, coloque seu dedo mínimo no canto da boca do bebê e pressione levemente; assim ele larga o bico.
- Não use bombinhas de borracha para extrair o leite.



Maneira correta



Maneira errada

Dificuldades da amamentação

- Tenha paciência e seja firme! As dificuldades e o possível fracasso serão maiores quanto menor for a preparação e conscientização da futura mãe no período pré-natal. O médico que acompanhar a gestante deverá assumir todo o processo para o futuro sucesso da amamentação.

Algumas vezes pode-se deparar com algumas dificuldades:

Bico dolorido – o que fazer:

- Colocar a criança primeiramente na mama menos dolorida evitando a primeira sucção forte do bebê faminto, quando, muitas vezes, o leite ainda não está descendo. Se ambos estão doloridos, esprema o bico até que o leite venha, colocando em seguida o bebê no peito.
- Faça com que o bebê pegue corretamente, abocanhando a aréola (área escura) e não o bico.
- Após a mamada, espere secar os bicos com o próprio leite antes de se vestir. Deixe uma camada de ar entre o bico e o sutiã; pode-se usar um pequeno coador de chá protegendo o bico. O uso de protetores próprios para este fim podem ser indicados.
- O bico rachado pode sangrar; você pode ver sangue na boca do bebê e ele pode até vomitar sangue. Não se assuste, não há perigo nenhum.

Seio “empedrado” – mamas ingurgitadas

O leite se acumula formando “caroços” duros e dolorosos. O que fazer:

- Ofereça a mama que estiver mais ingurgitada e deixe o bebê sugar bastante. Após a mamada, se necessário, faça massagem manual espremendo firmemente o local. A depender de cada caso, a massagem das mamas pode ser realizadas antes de colocar o bebê para mamar.

Mastite (inflamação/infecção do seio)

O seio fica vermelho, dolorido e a mãe sente-se doente, com dores no corpo, febre e calafrios. O que fazer:

- Faça contato com o seu médico;
- Faça compressa fria úmida por 10 a 15' após as mamadas. Compressa quente dependendo da situação em caso de estimular a vasodilatação para melhorar a drenagem do leite e em seguida faça a compressa fria úmida após a mamada ou ordenha.
- Há casos em que é necessário o uso de anti-inflamatórios e antibióticos. Fique tranquila. Isso não prejudica o aleitamento.

“Doutor, o leite está secando”

- Mamadas curtas, porém frequentes, quanto mais o bebê suga mais leite é produzido.
- Procure repousar, procure ambiente calmo, beba água, e amamente de novo.
- Manter hidratação é muito importante. Mulheres com bebês pequenos geralmente se esquecem de tomar água.
- Nunca dê mamadeira para “ajudar”.
- Sempre que tiver dificuldades procure orientação do seu médico. Não aceite conselhos de leigos bem intencionados, mas mal orientados.

ANTICONCEPÇÃO NO PÓS-PARTO (PERÍODO DE AMAMENTAÇÃO)

O fator restritivo nesse período em que a mulher necessita fazer contracepção é o fato de estar amamentando. A amamentação retarda o retorno da fecundidade, mas não impede que ocorra ovulação e conseqüente gestação. Daí a necessidade de a puérpera (mulher no período do pós-parto) proteger-se de maneira eficaz.

A maioria dos métodos anticoncepcionais não afeta a lactação e pode ser utilizado praticamente com a mesma segurança de quando não se está amamentando.

MÉTODOS NÃO-RECOMENDÁVEIS

Pílula anticoncepcional oral combinada:

Contém estrogênio, que pode reduzir a quantidade de leite e a duração da amamentação, devendo, portanto, ser desaconselhada. Além disso o estrogênio pode passar para o bebê através do aleitamento.

Continência periódica (“tabela”, temperatura basal e muco cervical):

O retorno da menstruação nessa época é bastante variável, ficando a paciente, na maioria das vezes, sem nenhum sangramento vaginal, sem menstruação. Isso impede

o uso desse método, pois a ovulação, se houver, é completamente imprevisível.

MÉTODOS RECOMENDÁVEIS

Minipílulas:

Minipílulas: É um preparado contendo comprimidos de baixa dosagem de um único hormônio, a progesterona, administrado de modo contínuo, por via oral. Não inibe a ovulação, mas em conjunto com a amamentação, é bastante eficaz. Age sobre o muco cervical, tornando-o pouco receptivo ao espermatozoide que, por isso, não consegue alcançar o óvulo dentro da tuba uterina. A grande questão aqui é a introdução de alimentos para o bebê. A partir de então não se consegue assegurar a efetividade do método. Preferencialmente deve-se optar por um método que pode ser usado no aleitamento e fora dele com a mesma eficácia.

Eficiência: Índice de falha 0,5 % a 1% (esse índice é bem maior se a paciente não estiver amamentando).

Pílulas com desogestrel

São pílulas anticoncepcionais constituídas por um hormônio chamado desogestrel (progestagênio). É de uso diário e não deve ser realizado pausas. A vantagem em relação as minipílulas é que pode ser usado durante o aleitamento e fora dele.

Hormonal Injetável Trimestral:

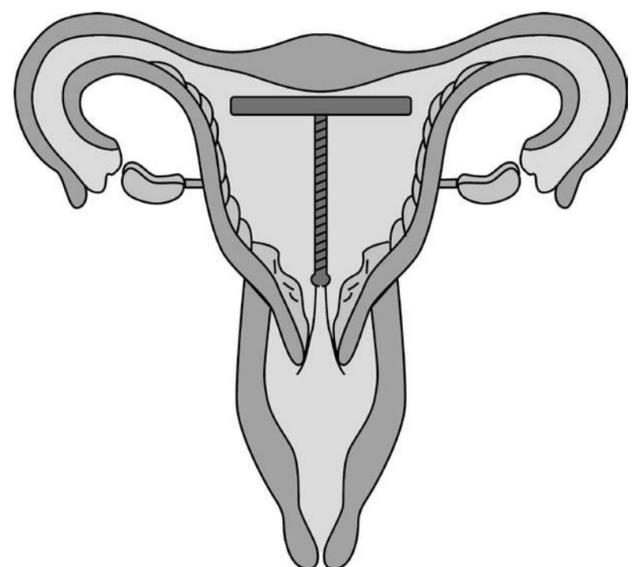
Pode ser aplicado após o parto como dosagem única do hormônio progesterona e reaplicado a cada 90 dias. Age da mesma forma que a minipílula, porém funciona até mesmo depois que cessar o aleitamento.

DIU (Dispositivo Intrauterino):

O DIU é um dispositivo colocado no interior do útero, criando um ambiente inadequado para a sobrevivência do espermatozoide e impedindo, assim, seu encontro com o óvulo. É feito de um material semelhante ao plástico (polipropileno), e tem um complemento em cobre.

Época da Colocação: em condições normais deve ser colocado com a paciente menstruada, por ser a introdução mais fácil, e há a certeza de não existir gestação. No pós-parto, entretanto, sua aplicação pode ser realizada de 6 a 8 semanas após o nascimento do bebê, desde que se tenha a certeza de que a paciente não está grávida.

Eficiência: Índice de falha de 1 a 1,5%.

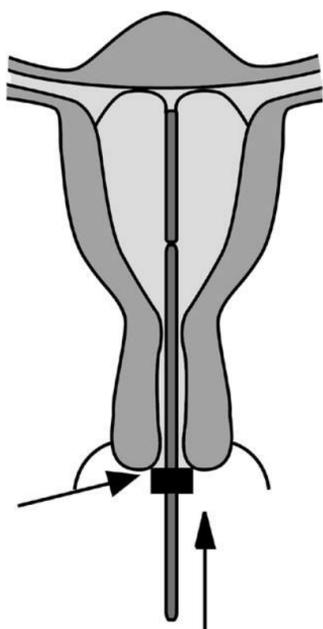


Contraindicação:

- Doença inflamatória ginecológica.
- Gravidez, ainda que suspeita.
- Hemorragias uterinas de causa ainda não esclarecida.
- Alterações do formato do útero (diagnosticadas pelo médico).
- Cólica menstrual intensa, pois a tendência será de acentuar tal característica, podendo chegar à intolerância absoluta.

Endoceptivos com hormônio – levonorgestrel (Mirena)

É um dispositivo intrauterino que libera um hormônio não prejudicial à amamentação. Tem durabilidade de até 5 anos e não apresenta efeitos colaterais importantes. É feito de plástico, contém levonorgestrel, similar a progesterona, que já existe no organismo e age normalmente nas 2 semanas que antecedem a menstruação. Mede 3 cm e, inserido no útero, libera este hormônio em doses mínimas diárias (20 microgramas).



Não são necessários cortes nem incisões cirúrgicas; geralmente não há necessidade de anestesia, mas algumas pacientes podem preferir o uso de algum sedativo a fim de minimizar a cólica no momento da inserção, que, por sinal, é bastante rápida (segundos). Após a inserção podem ocorrer algumas dores semelhantes a cólicas menstruais que, de modo geral, desaparecem em algumas horas. Os analgésicos podem ser utilizados desde que não estejam contraindicados.

Um ultrassom transvaginal deve ser realizado antes e após a inserção para determinar, com precisão se o endoceptivos está na posição correta. Os endoceptivos com hormônios, geralmente, mesmo que estejam em local não perfeito dentro do útero ainda possuem ação pela presença do hormônio. Um fio de nylon se exterioriza para a vagina, mas não atrapalha em nada a relação sexual. É imperceptível.

É pouco provável que o endoceptivo saia do lugar, entretanto, se ocorrer aumento incomum do sangramento ou da cólica menstrual, o médico deve ser consultado.

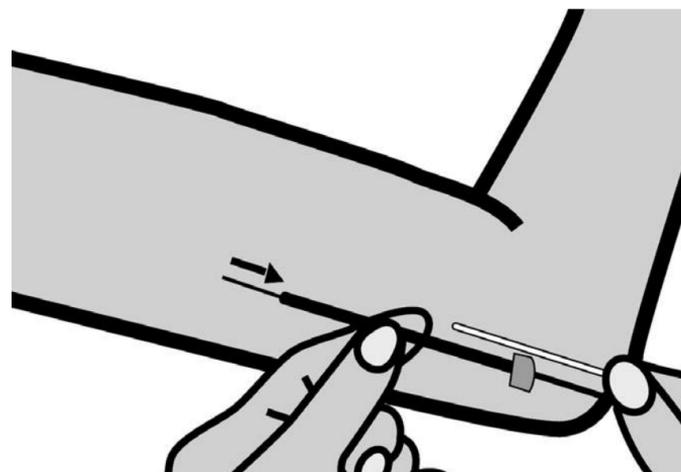
Como age: sua ação é local, torna o muco do canal do colo uterino, por onde passam os espermatozoides, mais espesso (dificulta assim a passagem dos espermatozoides); inibe a motilidade e função dos espermatozoides dentro do útero e trompas; inibe o crescimento do endométrio (camada que reveste o útero por dentro e é onde os embriões se implantam no caso de gravidez), tornando-o desfavorável à gestação, o que resulta em um sangramento mais curto ou inexistente: age, portanto, apenas onde é necessário, não interferindo no restante do organismo.

O endoceptivo já previne a gravidez e assim que é inserido é muito eficaz. Age por 5 anos, mas pode ser retirado em qualquer tempo. Ao ser extraído do útero, a fertilidade retorna, geralmente, em 1 mês. Pode ser realizado em qualquer fase da vida. Fora da amamentação, o endoceptivo diminui ou acaba com a menstruação, a TPM e a cólica

menstrual num período aproximado de 3 meses. Caso não haja adaptação, pode ser retirado com facilidade. É útil no tratamento de Miomas e da Endometriose, e não há necessidade de ser ingerido diariamente, o que evita o uso inadequado, como acontece com os anticoncepcionais. Os efeitos colaterais são mínimos. As mulheres usuárias de endoceptivo não apresentam quaisquer alterações de peso acima daquelas que não usam o produto, ou seja, não engorda!

Implantes Hormonais (Implanon)

É um bastão de plástico, do tamanho de um palito de fósforo (4 x 1mm), que libera mínimas quantidades diárias de etonogestrel (progestagênio). Ele vem dentro de um aplicador e deve ser inserido, com anestesia local, no braço (6 a 8 cm acima da dobra do cotovelo). O implante é invisível e não provoca incômodos. A inserção é realizada no consultório e dura alguns minutos, o bastão ficará alojado no tecido subcutâneo (camada de gordura abaixo da pele).



Como age: seu mecanismo de ação, diferente do endoceptivo, é a inibição da ovulação. Os efeitos colaterais também são mínimos, é semelhante ao endoceptivo e apresenta as mesmas vantagens (sem risco de uso inadequado, como anticoncepcionais orais, é prático, não eleva níveis de estrogênio, melhora ou acaba com a TPM, diminui ou desaparece o fluxo e a cólica menstrual), pode ser usado no período de amamentação e ajuda no tratamento de Miomas e da Endometriose. O bastão dura 3 anos, e para sua retirada é necessária uma pequena incisão de 2 mm na pele com anestesia local. Da mesma forma que o endoceptivo, este método, testado e aprovado por mulheres do mundo inteiro, tem sido aceito pelo organismo com baixo potencial de efeitos.

Efeitos Indesejados: os efeitos colaterais do endoceptivo e implante, quando presentes, são muito discretos, sendo que nos primeiros 3 meses podem ocorrer pequenos “gotejamentos” de sangue fora do período menstrual. Algumas mulheres podem ter dor de cabeça ou abdominal e aumento na sensibilidade dos seios.

Camisinha ou Condom (Preservativo masculino ou Camisa de Vênus)

É um dos mais antigos anticoncepcionais. Atualmente, é fabricado de fina espessura, seco ou pré-lubrificado, vestindo completamente o pênis.

Eficiência: Índice de falha = 3%.

Normas de uso para uma eficiência adequada

- Não iniciar a relação sem o preservativo, pretendendo colocá-lo “mais tarde”.



- Desenrolá-lo totalmente, pois a colocação apenas na extremidade faz com que caia durante o ato.
- Deixar um espaço entre a extremidade do membro e o fundo do preservativo para coletar o sêmen.
- Após a ejaculação, retirar o membro antes que se torne flácido. Caso contrário, pode haver refluxo do esperma.

Diafragma

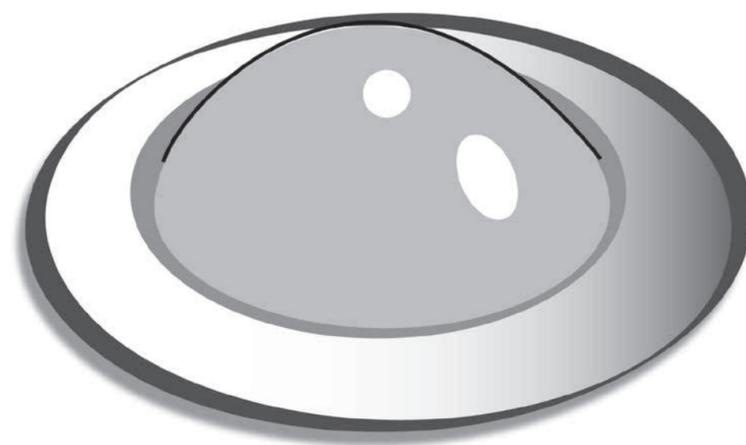
É um preservativo de uso vaginal. Constitui-se de uma barreira mecânica à aproximação dos espermatozoides. É uma cúpula de borracha com um anel rígido circundante que encobre o colo uterino. Deve ser usado sempre com a adição de um gel espermicida para evitar, caso o material ejaculado alcance o útero, a fecundação. O uso do diafragma pressupõe boa aceitação. A paciente deve aceitar uma vida sexual programada e não se opor em colocar um objeto na vagina com seus próprios dedos.

Pela premeditação que impõe no relacionamento sexual, é considerado por muitas clientes como “antirromântico”, conceito provido de certa coerência. Somando-se essa ideia ao fato de precisar ser removido e reinserido a cada relação sexual, conclui-se que o seu uso necessita de constante motivação. Encarando-se esses “pequenos problemas” de uma maneira otimista, o casal poderá aceitar este método e se beneficiar de sua inocuidade e eficiência.

Eficiência: Índice de falha = 2 a 3% (desde que usado concomitantemente com a geleia espermicida).

Causas de falha do diafragma

- Não usá-lo em todas as relações
- Não ajustá-lo conforme se deve
- Não usar a geleia ou creme espermicida
- Tirar o diafragma logo após o coito
- Fazer ducha depois de tirar o diafragma



Diafragma defeituoso por

- Fabricação defeituosa
- Perfurações causadas pela unha
- Perfurações ou rasgões causados pela idade ou por substâncias químicas usadas na limpeza
- Exposição excessiva ao calor.

Camisinha Feminina

É também um preservativo de uso vaginal e funciona como um pequeno saco dentro da vagina com a borda na região externa. Embora seja bem indicado, a aceitação pelo casal é difícil.



Ginástica pós-parto

Os exercícios no pós-parto são introduzidos gradativamente e, em condições favoráveis, podem ser iniciados logo após a paciente ter deixado a maternidade.

Os detalhes exatos variam de uma clínica para outra, mas, em princípio, têm os mesmos objetivos:

- preservação ou restauração das funções normais da bexiga e do intestino;
- restauração do tônus muscular, da silhueta e da postura;
- evitar aquisição de peso;
- prevenção do prolapso genital (queda do útero)

A sequência a seguir compreende uma série de exercícios graduados e fáceis.

Logo após dar à luz, a mãe tem seus dias completamente preenchidos, cuidando do bebê. Amamentar, trocar fraldas, dar banho, acalmar o choro, enfim, este novo serzinho domina totalmente o ambiente, impedindo, sobretudo, que a mãe possa pensar em si, pois quando ela não estiver ocupada com o seu bebê, provavelmente estará dormindo para repor as energias.

No entanto, à medida em que o tempo passa, ambos, mãe e bebê, vão adaptando-se um ao outro. As mamadas acontecem em um intervalo regular, e a mãe já terá adquirido mais prática nas tarefas diárias.

O ideal é que a mãe consiga sempre encontrar um tempinho para cuidar de si. A retomada da prática dos exercícios físicos, embora muitas vezes relegada à um segundo plano, deve fazer parte do seu dia-a-dia.

Os exercícios sugeridos foram elaborados levando em conta a falta de tempo da mãe. Por isso, foram escolhidos aqueles que melhor ajudarão a reconquistar um corpo mais ativo, e que podem ser feitos em casa. Não apresentam contraindicação, e não tomarão muito o tempo da nova mamãe. Assim, quando puder voltar à academia, não estará tão “enferrujada”.

Estes exercícios devem ser iniciados mais ou menos 4 dias após o parto. Eles auxiliam a circulação sanguínea.

EXERCÍCIOS METABÓLICOS

EXERCÍCIO 1:

- **Posição inicial:** na cama, deitada de costas, pernas estendidas, braços ao longo do corpo e cabeça apoiada em um travesseiro baixo.
- **Ação:** deslizar a sola do pé sobre o colchão, fletindo o joelho direito, mantendo a perna esquerda estendida com o pé fletido. Voltar à posição inicial e repetir com a outra perna.
- **Repetições:** 3 movimentos completos com cada perna.



EXERCÍCIO 2:

- **Posição inicial:** a mesma do exercício anterior.
- **Ação:** fletir lentamente os pés alternando direito e esquerdo, acentuando bastante cada movimento.
- **Repetições:** 10 movimentos completos.



EXERCÍCIO 3:

- **Posição inicial:** a mesma dos exercícios 1 e 2, só que com os braços fletidos e os cotovelos apoiados na cama.
- **Ação:** cerrar os punhos e depois abrir as mãos, estendendo bem os dedos, fazer os movimentos em velocidade e intensidade moderadas.
- **Repetições:** 10 movimentos completos.



EXERCÍCIO 4:

- **Posição inicial:** a mesma do exercício 3.
- **Ação:** fazer movimentos de rotação com o punho, mantendo as mãos abertas. Rodar primeiro para fora e depois para dentro.
- **Repetições:** 8 movimentos para cada lado.



GINÁSTICA PÓS-PARTO

EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS

Assim como os exercícios metabólicos, os exercícios respiratórios também podem ser reiniciados mais ou menos 4 dias após o parto. Agora o diafragma não está mais comprimido, e a amplitude respiratória aumenta, porém, é necessário trabalhar a coordenação dos movimentos respiratórios para esta nova condição.

EXERCÍCIO 5:

- **Posição inicial:** deitada de costas, coluna totalmente apoiada, pernas fletidas e mãos sobre o peito.
- **Ação:** inspirar o ar pelo nariz, afastando a ponta dos dedos, expirar lentamente pela boca, aproximando as pontas dos dedos.
- **Repetições:** 4 movimentos completos.



EXERCÍCIO 6:

- **Posição inicial:** a mesma do exercício 5, só que apoiando as mãos sobre o abdômen na altura do estômago.
- **Ação:** inspirar o ar pelo nariz, expandindo o abdômen e afastando os dedos, expirar lentamente pela boca aproximando as pontas dos dedos.
- **Repetições:** 4 movimentos completos.



EXERCÍCIOS PARA O ASSOALHO PÉLVICO

Depois de sustentar continuamente, por nove meses, o peso do bebê, do útero, da placenta e da bolsa amniótica, este conjunto de músculos, com certeza, estará mais fraco após o nascimento do bebê, principalmente após um parto vaginal. Por isso, é muito importante retomar os exercícios para o seu rápido fortalecimento.

No entanto, nas primeiras semanas pós-parto, estes exercícios poderão causar algum desconforto. Deixe passar duas semanas completas e só então os retome. Mas lembre-se de que o exercício de contração do períneo pode e deve ser feito durante o dia, enquanto executa suas tarefas diárias (troca de fraldas, amamentação, banho, etc.).

EXERCÍCIO 7:

- **Posição inicial:** deitada de costas sobre uma superfície firme, pernas fletidas à distância do quadril, pés apoiados e braços ao longo do corpo.
- **Ação:** contrair a musculatura glútea, afastando o quadril do chão até a altura da região lombar, aproximar os joelhos contraindo o assoalho pélvico, sustentar 2 tempos e retornar à posição inicial.
- **Repetições:** 4 movimentos completos.



EXERCÍCIO ABDOMINAL

Os músculos abdominais ficaram distendidos por um longo tempo, e também suportaram bastante peso. É preciso fortalecê-los para que adquiram novamente um tônus ideal, e possam desempenhar suas funções de estabilização e sustentação da coluna de forma eficaz.

Antes de iniciar os exercícios abdominais, é necessário que o médico avalie a condição da musculatura abdominal, para então liberá-los. Para quem fez parto cesariana é necessário pelo menos dois meses antes de iniciar este tipo de atividade.

EXERCÍCIO 8:

- **Posição inicial:** a mesma do exercício 7, só que com as mãos apoiadas atrás da nuca.
- **Ação:** expirar o ar pela boca e elevar suavemente a cabeça e o tórax afastando-os do apoio, sem fletir o pescoço. Inspirar pelo nariz e voltar à posição inicial.
- **Repetições:** comece com 8 movimentos completos, e vá aumentando o número de movimentos à medida que sentir que os músculos estão se fortalecendo, até conseguir executar 16 movimentos completos.



ALINHAMENTO POSTURAL

Com o aleitamento materno, as mamas tornar-se-ão grandes e pesadas, podendo comprometer o alinhamento postural. Uma boa postura é o segredo para o bem-estar.

EXERCÍCIO 9:

- **Posição inicial:** de pé, pés paralelos e afastados à distância do quadril, uma das mãos sobre a coluna lombar e a outra sobre o abdômen.
- **Ação:** contrair suavemente os glúteos, empurrando o quadril para frente e alongando a coluna.
- **Repetições:** 4 movimentos completos.



EXERCÍCIO 10:

- **Posição inicial:** a mesma do exercício 9, com os braços soltos ao longo do corpo.
- **Ação:** puxar os ombros para cima, tentando aproximá-los das orelhas, e girá-los para baixo e para trás.
- **Repetições:** 4 movimentos completos.



EXERCÍCIO DE ALONGAMENTO

Durante os cuidados com o bebê, muitas vezes, as mães assumem posturas erradas que podem resultar em dores na coluna.

Os alongamentos propostos visam aliviar estes desconfortos e o ideal é que sejam praticados pelo menos 2 vezes ao dia.

EXERCÍCIO 11:

- **Posição inicial:** de pé, pés paralelos à distância do quadril, pernas ligeiramente fletidas, braços ao longo do corpo.
- **Ação:** fletir suavemente a cabeça para o lado direito, mantendo o ombro oposto na posição. Sustentar contando até 10 e repetir para o lado esquerdo.
- **Repetições:** 2 movimentos completos (praticar este alongamento após cada mamada)



EXERCÍCIO 12:

- **Posição inicial:** a mesma do exercício 11.
- **Ação:** aproximar o queixo da clavícula, mantendo os ombros na posição inicial. Sustentar contando até 10.
- **Repetições:** 2 movimentos completos (praticar este alongamento após cada mamada)



EXERCÍCIO 13:

- **Posição inicial:** a mesma dos exercícios 11 e 12, com as mãos apoiadas à frente do corpo sobre um apoio estável (cadeira, mesa, janela, etc)
- **Ação:** fletir a cabeça e o tronco à frente acentuando a cifose dorsal, e alongando a região lombar. Sustentar contando até 10.
- **Repetições:** 2 movimentos.



EXERCÍCIO 14:

- **Posição inicial:** a mesma do exercício 13.
- **Ação:** estender os braços apoiando-os na cadeira, fletir o tronco à frente deixando-o paralelo ao chão e manter a cabeça ao longo do tronco.
- **Sustentar contando até 20.**
- **Repetições:** 1 movimento.



SEGURANDO SEU BEBÊ NO COLO

Carregar o bebê no colo é muito gostoso. Mas, dependendo do tempo que levamos nesta tarefa, pode ser bastante cansativo para os braços e para a coluna. Por isso, é sempre bom estar variando o modo de carregá-lo.

Uma boa opção é conseguir dividir o peso do bebê entre os seus dois braços, segurando-o de bruços. Esta postura também é muito boa para aliviar as cólicas do bebê.

Mas, se a opção for carregá-lo da forma tradicional, não se esqueça de observar a sua postura. Distribua o peso do corpo entre as duas pernas, posicione os ombros para trás e mantenha o quadril encaixado. Assim, não sentirá dor nas costas se precisar segurar o seu bebê no colo por um longo período.



A TROCA DE FRALDAS

Uma boa opção para a troca de fraldas pode ser o chão. Além de não haver o risco de o bebê cair, a mãe pode aproveitar para fazer um alongamento de virilha e um trabalho de sustentação de coluna ao mesmo tempo. Só observe para não curvar o corpo muito à frente.



Medicina fetal

A Medicina fetal é um ramo da obstetrícia que estuda alterações que acometem o feto. A partir de exames específicos é possível investigar alterações, rastreadas por exames ecográficos ou laboratoriais a fim de avaliar o acometimento fetal, e, dependendo da patologia, providenciar tratamento. Abaixo, discutiremos um pouco a respeito das possíveis atividades da medicina fetal.

RISCO DE ALTERAÇÕES CROMOSSÔMICAS

Com o passar dos anos, o risco de alterações cromossômicas no feto aumenta. Alguns fatores podem influenciar os números a respeito do risco de cromossomopatia, tais como: história de alterações genéticas na família ou antecedente próprio de alteração genética, história obstétrica com desfechos desfavoráveis, tal como aborto de repetição, fetos malformados e óbito fetal.

Mesmo com o aumento do risco, o risco de apresentar gestação com feto apresentando trissomia ainda é baixo. Por exemplo, mulheres aos 35 anos apresentam 0,3% de risco de apresentar um feto com trissomia do 21 (síndrome de Down). Acima dos 40 anos, esse risco aumenta para 1,4%. Interpreta-se assim que, mesmo acima dos 40 anos, a mulher apresenta maior chance de ter uma gestação normal do que um feto com alguma trissomia.

Abaixo apresentamos um gráfico e uma tabela mostrando o risco de trissomia em relação a idade materna.

Idade Materna (anos)	Risco de Síndrome de Down	Risco total de anomalias cromossômicas
20	1/1.667	1/526
25	1/1.250	1/476
30	1/952	1/385
35	1/378	1/192
40	1/106	1/66
41	1/82	1/53
42	1/63	1/42
43	1/49	1/33
44	1/38	1/26
45	1/30	1/21
46	1/23	1/16
47	1/18	1/13
48	1/14	1/10
49	1/11	1/8

Gráfico retirado de: *Twenty-year trends in the prevalence of Down syndrome and other trisomies in Europe: impact of maternal age and prenatal screening.* Loane M¹, Morris JK, Addor MC, Arriola L, Budd J et al. *Eur J Hum Genet.* 2013

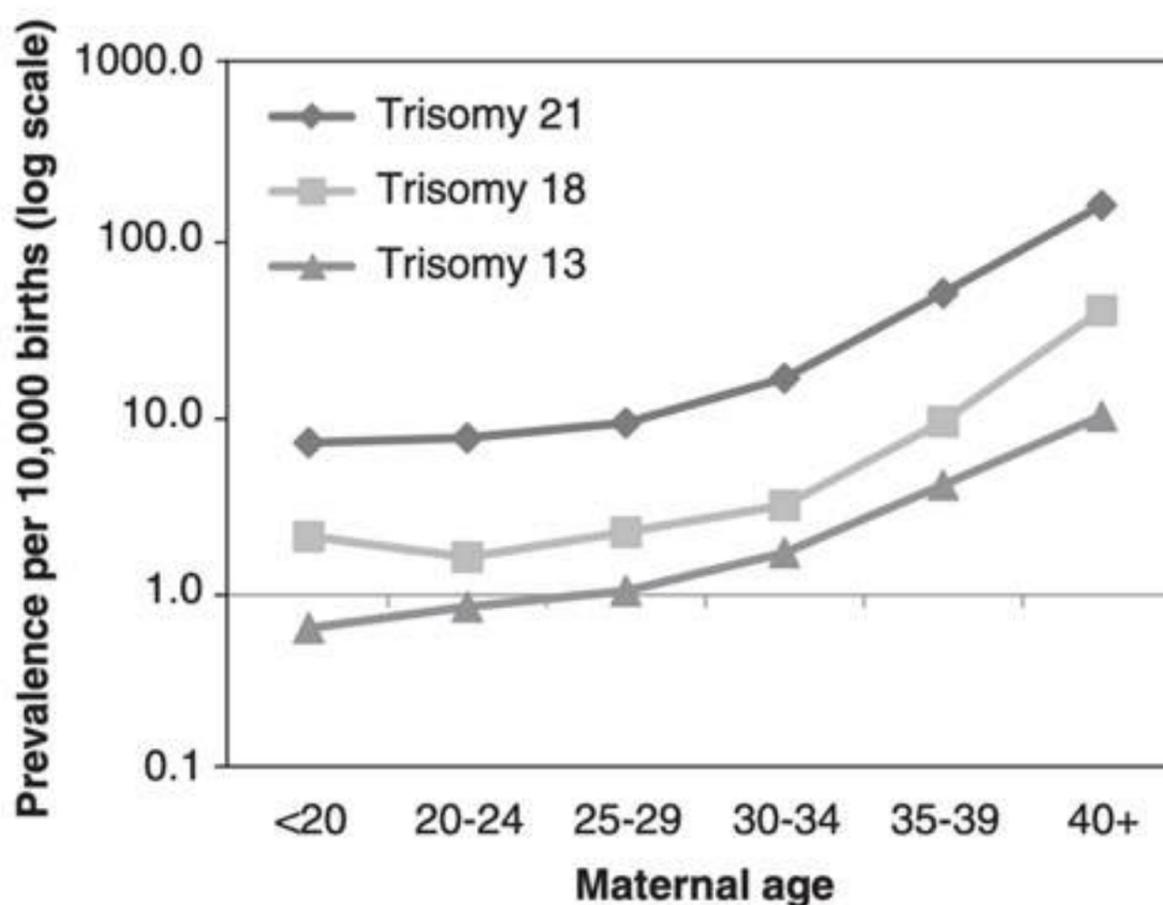


Figure 1 Total corrected prevalence per 10000 births (log scale) of trisomies 21, 18 and 13 by maternal age, 1990–2009, 12 European countries.

EXAMES ESPECIALIZADOS PARA DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL DOS DEFEITOS GENÉTICOS

Amniocentese

Análise do Líquido Amniótico, que contém células que descamam do corpo do feto. Com auxílio de ultrassom, ele é retirado por uma agulha fina que atravessa o abdômen. Pode ser feita a partir da 13ª semana de gravidez. Permite o diagnóstico de infecções fetais e alterações genéticas (como trissomia do 21). O risco de aborto após a realização do procedimento gira em torno de 1%.

Cordocentese

Uma agulha especial retira da veia umbilical uma amostra do sangue do feto. Essa técnica permite o diagnóstico de doenças infecciosas, Hemofilia e Anemia Falciforme, entre outras, e abre a possibilidade para transfusões intrauterinas, um grande avanço para fetos sensibilizados por fator Rh, cujo sangue precisa ser trocado logo após o nascimento.

Exame da amostra do Vilo Corial

Guiado pelo ultrassom, o médico introduz um tubo fino pela vagina e pelo colo do útero até chegar à região da placenta, de onde retira algumas células (semelhantes às do feto). O método é praticamente indolor, não necessita de anestesia, e deve ser feito entre a 9ª e 11ª semana.

A amostra do Vilo Corial pode ser também recolhida por uma agulha que perfura o abdômen e é dirigida até a placenta. Utiliza-se anestesia local.

TESTES DE RISCO FETAL

Teste triplo e quádruplo

- Informa o risco gestacional para a Síndrome de Down, defeitos do tubo neural e outras anomalias fetais, sem a necessidade de realizar procedimentos invasivos.
- Seleciona um grupo de alto risco para ser submetido a procedimentos diagnósticos.
- Pode ser indicado para gestantes de todas as idades.

É um exame de sangue realizado entre 14ª e 20ª semanas de gestação que tem como objetivo detectar a possibilidade maior ou menor de a futura mãe estar desenvolvendo um bebê com anomalias. Esse exame não define nem dá o diagnóstico do problema, mas seleciona a paciente de maior risco e apresenta a chance matemática de o recém-nascido apresentar deficiências, como, por exemplo, a Síndrome de Down, Síndrome de Edwards, Anencefalia, Encefalocele, Espinha Bífida, etc. Ele não substitui os exames diagnósticos (Vilo Corial, Amniocentese e Cordocentese), que comprovam com precisão a normalidade do feto, mas reforça as indicações.

O teste requer aproximadamente 10 ml de sangue da gestante. Esse material é distribuído em dois frascos e armazenado seguindo todas as técnicas de segurança. Esse exame deve ser realizado após 12 semanas de gestação, produzindo, no entanto, melhores resultados entre 14ª e 20ª semanas. Consiste na determinação dos níveis de alfa-fetoproteína, BHCG e estradiol no soro materno. Se os três estiverem normais, o risco de o feto ser anormal não aumenta. Caso um, dois ou os três sejam anormais, os riscos são considerados maiores. A Alfa-fetoproteína (AFP) é uma das proteínas produzidas pelo feto que passam para o sangue materno. O BHCG é um hormônio produzido pela placenta e o estradiol é um hormônio metabolizado por ela.

Quando o feto e a placenta têm cromossomos anormais, essas substâncias chegam ao sangue materno em quantidades alteradas, embora outras doenças maternas ou fetais possam também interferir na concentração desses componentes.

O resultado negativo significa que não há grande risco de gerar um bebê anormal, mas a certeza só é obtida com os testes diagnósticos mais específicos.

O Teste Quádruplo é a dosagem das 3 substâncias anteriores associada à inibina A, o que aumenta, ainda mais, a confiabilidade do teste.

Exame morfológico de primeiro trimestre.

O exame ultrassonográfico morfológico de primeiro trimestre avalia, entre outras características, o tamanho de prega nuchal do bebê, a presença de osso nasal e a avaliação do doppler do ducto venoso.

A avaliação conjunta dos três fatores, somado ao valor da proteína plasmática A (PAPP-A) e da fração livre do Beta-HCG nos permite realizar cálculos sobre a probabilidade de o feto apresentar alguma cromossomopatia (alteração genética).

Abaixo explicaremos um pouco sobre esses fatores.

PAPP-A - Proteína Plasmática A

Este exame tem a função semelhante ao exame anterior e é mais um critério para detectar a probabilidade de alteração cromossômica no feto. Deve ser realizado entre a 11ª e 14ª semanas de gestação.

Translucência Nucal

É natural que a maioria dos casais sintam-se ansiosos em relação à saúde do bebê. Felizmente, dispomos hoje de alguns exames não invasivos, que podem nos dar cerca de 80% de segurança de que o feto é saudável, sem a necessidade inicial da realização do cariótipo (retirada do líquido amniótico). A época ideal para realizar a medida da Translucência Nucal (TN) é entre a 11ª e 14ª semana de gestação.



Esse exame é realizado com aparelho de ultrassom convencional, porém com médico habilitado com qualificação específica para este exame. É um exame de triagem de malformações, e consiste na medida de uma “preguinha” situada na região da nuca do feto. Quando essa medida está acima do valor esperado pode ser sugestivo de uma anomalia cromossômica (Síndrome de Down, por exemplo).

Entretanto, quando isso acontece, os casais não devem ficar muito alarmados, pois apenas 30% dos fetos com TN aumentada terão realmente algum problema. É importante salientar, também, que cerca de 0,5% de fetos normais podem apresentar TN aumentada. Assim, como este é um exame de probabilidades, quando essa medida está fora do normal, indica-se a Amniocentese para, aí sim, determinar com certeza (100%) o cariótipo fetal.

Osso nasal

Estrutura que deve estar presente já no exame ultrassonográfico do 1º trimestre (11-14 semanas). Sua ausência poderá estar relacionada a alterações cromossômicas.

Ducto venoso

O ducto venoso é um vaso sanguíneo que conecta a veia umbilical à veia cava inferior do feto, e é facilmente identificado através da dopplervelocimetria colorida. Atualmente, em conjunto com a medida da TN, tem-se mostrado de grande valia na triagem das malformações fetais, particularmente em relação às cardiopatias. Sua análise pode ser feita tanto no mesmo exame da TN, quanto no ultrassom morfológico.

Sabemos que, quando existe alteração da TN e do fluxo no Ducto Venoso, mesmo que o cariótipo do feto seja normal, existe 65% de probabilidade desse bebê ter algum problema cardíaco.

Assim sendo, ao ser observada qualquer alteração, é obrigatória a realização da ecocardiografia fetal.

O.S.C.A.R. – ONE STOP CLINIC FOR ASSESSMENT RISKS

É o nome dado ao conjunto dos exames que avalia o risco fetal para anomalias genéticas realizadas em um só tempo. O rastreamento é composto pelo Ultrassom Morfológico do primeiro trimestre que avalia a medida de translucência nucal, a presença do osso nasal e o fluxo sanguíneo do ducto venoso e pelo Perfil Bioquímico Materno que analisa a Proteína Plasmática A (PAPP-A) e a fração livre do Beta HCG (free Beta HCG). Com esta tecnologia, além da rapidez quase instantânea, o diagnóstico torna-se mais preciso, pois a sensibilidade para detecção da Síndrome de Down pode chegar a 95%. O inconveniente desta avaliação é o número restrito de laboratórios habilitados para a sua execução.

ULTRASSOM MORFOLÓGICO – 2º TRIMESTRE

Sabe-se que, nos países desenvolvidos, as malformações são as principais causas de mortalidade infantil e de deficiências físicas em crianças. Cerca de 2% dos recém-nascidos apresentam algum tipo de anomalia, com maior ou menor consequência na vida adulta.

A maior capacidade de diagnóstico das malformações fetais, por meio do exame ultrassonográfico durante a gestação, não depende somente da qualidade do aparelho utilizado e da experiência do ultrassonografista, mas, também, da anomalia envolvida.

Estudos publicados mostram que as anomalias cardíacas representam o maior grupo de anomalias que passam despercebidas pelos exames ultrassonográficos comuns. Por isso, este tipo de alteração deve ser bem avaliada. Visando proporcionar um melhor acompanhamento das pacientes, e minimizando essas perdas diagnósticas, médicos especialistas realizam o ultrassom morfológico. Esse exame é solicitado em torno da 20ª semana de gestação, pode ser combinado com um ecocardiograma fetal, e tem por objetivo complementar todos os exames efetuados, além de finalizar o estudo em grávidas de risco, que efetuaram estudos genéticos no primeiro trimestre.

ULTRASSOM TRIDIMENSIONAL



Este tipo bastante atual da ultrassonografia poderá ser no futuro um bom detector de determinadas malformações, mas já é bastante útil em algumas situações. Além de mostrar com extrema nitidez o rostinho do nenê, causando um impacto emocional muito forte nos pais, permite avaliar melhor algumas estruturas superficiais do feto, como, por exemplo, a orelha.

Outra vantagem do ultrassom tridimensional (3D) é a de tirar a “fantasia” que a gestante faz em relação a algumas malformações, como, por exemplo, o pé torto congênito, pois a paciente consegue ver exatamente como é o bebê. Assim, esse é um exame com muitas possibilidades a serem exploradas e com certeza poderá aumentar ainda mais o vínculo do casal com o bebê antes de nascer.

EXAMES ESPECIAIS PARA AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR FETAL

O grande desafio do obstetra reside na necessidade de cuidar de duas vidas simultaneamente. Uma delas, a mãe, pode expressar seus sentimentos, responder a perguntas

e ser examinada. A outra, o feto, está escondida, longe da nossa vista, e todas as informações a seu respeito são obtidas através de métodos indiretos - exames sofisticados que avaliam o bem-estar fetal. A gestação, desde a concepção até o nascimento do bebê, é comparada a uma jornada tão perigosa quanto uma viagem espacial, em que as ameaças e complicações devem ser prontamente reconhecidas e diagnosticadas a fim de serem corrigidas com a máxima rapidez. O bebê enquanto no útero, tem muito em comum com os astronautas quando estão em uma nave espacial, pois o contato deles com aqueles que influenciam e controlam seu bem estar, depende também de aparelhos de alta tecnologia. Veremos adiante os principais exames.

Fibronectina Fetal

O teste Fibronectina Fetal (identificação precoce do risco de parto prematuro), é o primeiro exame bioquímico para identificar gestantes com risco de parto prematuro.

Identificada pela primeira vez por cientistas americanos em 1985, a Fibronectina Fetal (FFn) é uma proteína presente na placenta, que, acredita-se, tem a função de promover a implantação do óvulo fecundado no útero. Ao final da gestação, essa proteína perde suas propriedades aderentes, permitindo, assim, o descolamento da placenta e das membranas amnióticas que envolvem o feto. A presença da Fibronectina Fetal na secreção vaginal da mulher é sinal de que o parto está prestes a acontecer, nas próximas duas semanas.

Até hoje, os médicos identificavam os casos de prematuridade baseados em sintomas e sinais clínicos como contrações, dores no baixo ventre, alterações na secreção vaginal e no colo do útero. A identificação das gestantes que apresentam risco de prematuridade permite aos médicos a adoção de procedimentos necessários para evitar o parto prematuro, e, assim, não só reduzir a alta taxa de mortalidade entre os recém-nascidos, como também os altos custos de tratamento intensivo exigido por esses bebês.

É um teste de boa aplicação nas gestantes em geral, pois detecta eventuais riscos de parto prematuro mesmo que essa mulher não apresente nenhum sintoma.

EGE e SLUDGE

São exames que podem detectar os riscos de parto prematuro. Devem ser feitos preferencialmente durante o ultrassom morfológico de segundo trimestre (20 a 22 semanas de gestação), são representados por imagens ultrassonográficas.

O EGE (Eco Glandular Endocervical) consiste na avaliação das glândulas que estão normalmente no colo uterino (ou canal cervical) - região terminal do útero que está em contato com a vagina e que se dilata durante o parto. Quando estas glândulas deixam de ser visibilizadas pelo ultrassom, significa que está havendo um processo de maturação antecipada do colo uterino e por isto há um maior risco de parto prematuro.

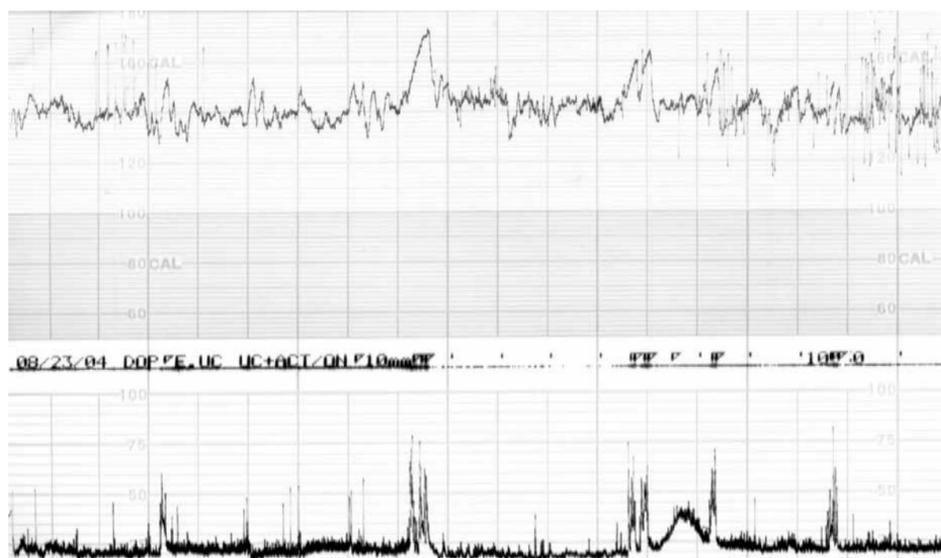
O SLUDGE (Pontos Hiperecogênicos ou “Reluzentes” na cavidade uterina semelhante a um “barro” do líquido amniótico - “Sludge” é uma palavra do idioma inglês

que significa em português barro, lama) mostra um depósito de pontos em massa próximos ao canal cervical e está também relacionada a processos infecciosos dentro do útero, próximo ao bebê (corioamnionite). Estes marcadores devem ser avaliados juntamente com o comprimento do colo uterino, que já vem sendo realizado há algum tempo pela maioria das clínicas de ultrassom. Quando comprovada a presença de SLUDGE está indicado o uso de antibioticoterapia.

Apesar da possível associação do EGE e do SLUDGE com prematuridade, a presença tanto de um quanto de outro, ou dos dois, não confirma o diagnóstico que a mulher terá um parto prematuro. Dessa forma, nada mais é do que um alerta. Consultas mais frequentes deverão ser realizadas para avaliação do risco.

Monitoragem Fetal - Cardiotocografia anteparto e intraparto

É o registro da frequência cardíaca fetal (como em um eletrocardiograma), dos movimentos do feto e das contrações uterinas. Esses registros são realizados por um



aparelho colocado sobre o útero grávidico da mãe. Pode ser realizado em repouso, nas últimas semanas de gestação e no próprio consultório, ou então no período intraparto - durante as contrações do trabalho de parto - quando a paciente já está internada na maternidade. Os traçados são colocados simultaneamente num gráfico, e a interpretação nos dá ideia da vitalidade fetal, podendo ser detecta-

do até mesmo a existência de cordão umbilical ao redor do pescoço do bebê (circular), além de outras alterações que colocam em risco a gestação.

Perfil Biofísico Fetal

É a análise do comportamento fetal realizada através do ultrassom que verifica, minuciosamente, 4 a 5 comportamentos do feto:

- Movimentos respiratórios
- Volume do líquido amniótico
- Movimentos fetais
- Tono fetal (extensão e flexão dos membros)
- Cardiotocografia

Esse exame dura cerca de 30 minutos, e dá notas para cada um dos itens relacionados acima. O somatório dos pontos nos dá a ideia do bem-estar fetal.

Dopplervelocimetria (Doppler Colorido)

É um exame realizado com aparelhos de ultrassom, que apresentam, como recurso adicional, a possibilidade de se visualizar os vasos sanguíneos, em cores. Assim, pode-se avaliar a velocidade do sangue materno e fetal. O Doppler dá muita segurança em relação ao bem-estar fetal, e tem várias aplicações na área de obstetrícia.

Quando existe alteração na circulação materna (artérias uterinas), a paciente está mais sujeita a apresentar, por exemplo, hipertensão arterial (pressão alta) na gestação, por isso é importante um bom exame de prevenção.

Em relação ao feto, a avaliação da velocidade sanguínea nas artérias umbilicais e cerebrais é particularmente importante no diagnóstico de retardo de crescimento intrauterino, visto que existe grande correlação entre a quantidade de fluxo sanguíneo e a oxigenação do bebê. É, portanto, um exame de grande auxílio na decisão do momento mais adequado para determinar o dia mais indicado para o parto.

RISCO DE ABORTO CONFORME O AUMENTO DA IDADE MATERNA

O aborto

O aborto espontâneo pode ocorrer até a 20ª semana de gestação (4 meses e meio), mas é muito mais frequente nos primeiros 3 meses. É muito frustrante para um casal eufórico em face de um início de gestação e, conseqüentemente de uma nova perspectiva diante da vida, de repente, ver interrompida essa felicidade.

O aborto espontâneo é uma fatalidade relativamente comum que acomete de 20 a 25% das gestações laboratorialmente confirmadas, isto é, a cada cinco mulheres grávidas que chegam a um consultório, uma deve abortar. Se considerarmos as gestações iniciais, logo após a fecundação, muitas são abortadas antes mesmo do atraso menstrual.

O principal motivo para isso (70%), são as malformações. Sob esse prisma, podemos considerar o aborto um reflexo da natureza que, ao reconhecer um bebê não-saudável, incumbe-se de evitar o seu desenvolvimento, e impede que essa mulher chegue ao final da gestação e dê à luz um bebê com problemas de saúde.

A falha desse processo, isto é, o não reconhecimento desses embriões com anomalias, leva à ocorrência de recém-nascidos com problemas.

Quando a mulher apresenta sangramento vaginal no início da gravidez consideramos uma ameaça de aborto. Nem sempre a mulher evoluirá para aborto. Dessa forma, recomenda-se, à princípio, repouso e medicação adequada até que se confirme a inviabilidade dessa gestação, pois 70% das causas de aborto são devidas a malformações.

Se houver anomalias físicas ou genéticas, mesmo com as medidas preventivas adotadas, não poderão impedir a eliminação desse feto, e o aborto ocorrerá espontaneamente.

As outras causas, quando identificadas e tratadas, permitem a continuidade da gravidez até o fim.

O fato de uma paciente abortar numa gestação, não significa que em outras o aborto se repetirá, nem que terá filhos com problemas.

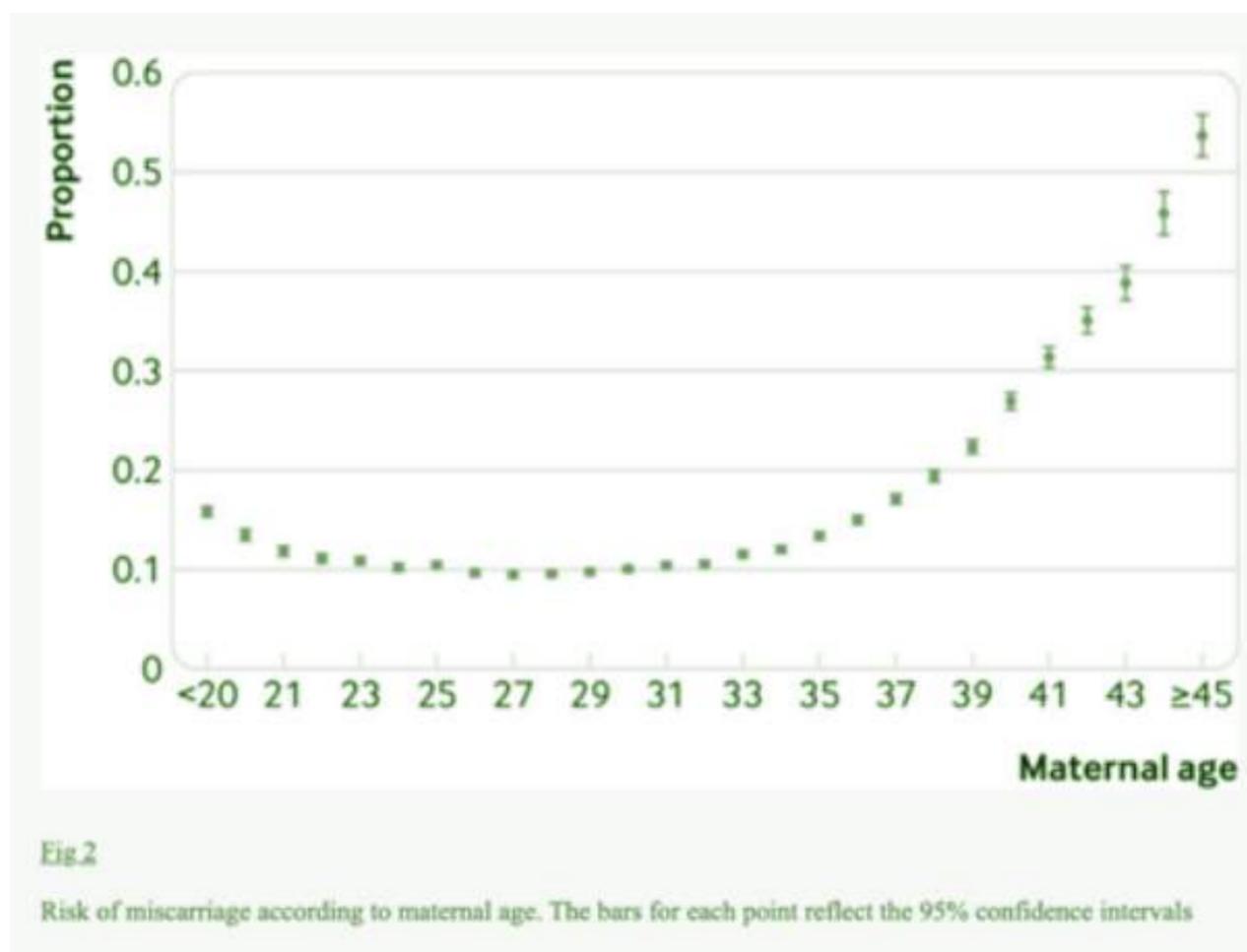
Infelizmente o risco de uma gestação evoluir para aborto depende da idade materna. Quanto maior a idade, maior o risco de evoluir para aborto.

Abaixo mostramos uma tabela e um gráfico mostrando as proporções de abortos conforme idade materna.

Tabela original da *Reproductive Potential in the Older Woman De P.R. Gindoff e R. Jewelewicz. Fertility and Sterility. 46:989, 1986.*
Reproduzida com permissão do Editor.

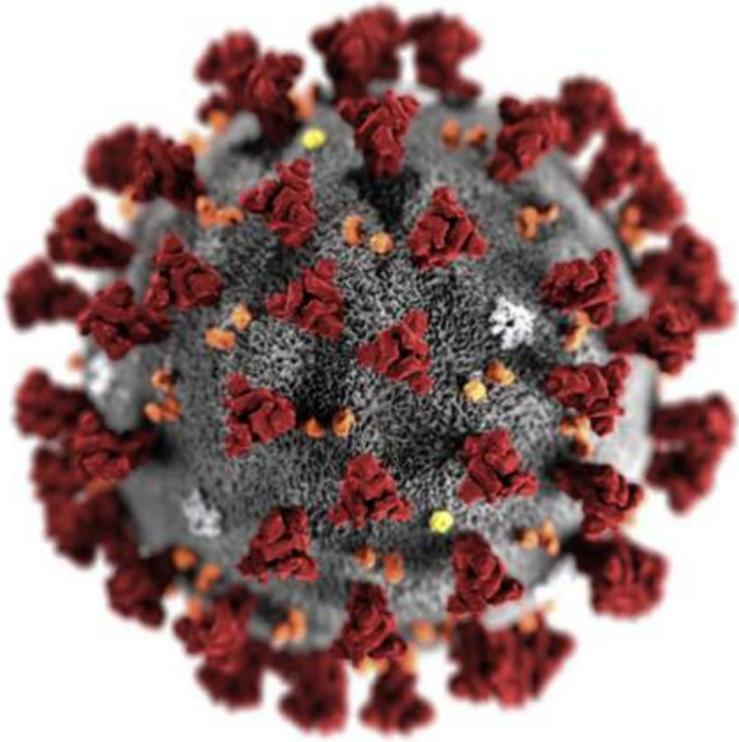
Anos	Aborto Espontâneo %
15-19	9,9
20-24	9,5
25-29	12,5
30-34	15,7
35-39	17,7
40-44	33,8
45 ou +	53,2

Gráfico mostrando proporção de abortos conforme idade materna. Fonte: Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register based study. Magnus MC, Wilcox AJ, Morken NH, Weinberg CR, Håberg SE. BMJ. 2019



INFECÇÃO POR CORONAVÍRUS

Atualmente o Mundo está vivenciando uma pandemia que é a infecção pelo Coronavírus causando a COVID-19. Trata-se de uma infecção nova, com alta transmissibilidade e infectividade. O conhecimento sobre essa doença ainda é limitado, e, portanto, provavelmente muita informação nova ainda ficara disponível com o passar dos anos.



Os principais sintomas relacionados a infecção são desde nenhum sintoma (pacientes assintomáticos), até quadros de pneumonia grave com risco de morte. A maior parte dos casos apresenta febre, coriza (nariz escorrendo), dor de garganta, mal-estar, tosse, diarreia e falta de ar.

Pessoas com fatores de risco aumentam o risco de infecção grave. Os principais fatores de risco são: obesidade, idade acima de 60 anos, hipertensão, diabetes, cardiopatia e asma. Mulheres gestantes são consideradas de alto risco. No entanto, não se observa, geralmente, o agravamento da infecção em mulheres grávidas, quando comparadas a pessoas acima de 60 anos e com comorbidades. Mas é sempre bom mulheres grávidas redobrem os cuidados.

O principal cuidado para se evitar a infecção é a lavagem das mãos, afinal a transmissão do vírus faz-se por gotículas. São outros fatores muito importantes: evitar aglomerações, isolamento social, uso de máscaras faciais e evitar contato com pessoas sintomáticas.

Se você apresentar algum sintoma relacionado a infecção COVID-19, procure um médico para avaliação e realização de exames. A maior parte dos casos é caso leve e não necessita internação, somente acompanhamento. Há alguns casos mais graves que será necessária internação.

Por enquanto ainda não há comprovadamente um tratamento específico para o coronavírus, tampouco vacina. Provavelmente espera-se que no futuro teremos estas duas armas contra o vírus. O que há, por enquanto, são estudos que correlacionam certo número de casos de sucesso a alguns tratamentos, porém o tratamento com essas medicações ainda carece de comprovação científica robusta.

Em relação a gestação, destaca-se:

- Está indicada a vacinação para Influenzae (assim como já ocorria antes da pandemia);
- Deve-se manter o acompanhamento pré-natal. Provavelmente seu médico irá espaçar as consultas e haverá higienização do ambiente depois de cada consulta. Evite ficar próxima de outros pacientes;
- Mulheres grávidas não precisam ser afastadas do trabalho, com exceção das sintomáticas. Se houver risco aumentado para infecção grave, como por exemplo, comorbidades, seu médico irá avaliar o risco e irá afastar do trabalho se necessário;
- O tipo de parto não é influenciado pela suspeita de COVID-19. Ou seja, caso a parturiente esteja em bom estado geral, poderá ter parto normal. No entanto, assim como em outras infecções, se a mulher tiver comprometimento do estado geral ou se houver comprometimento do bem-estar fetal, o parto cesariano pode ser indicado.
- A parturiente tem direito a acompanhante assegurado por lei. Isso não mudou com a pandemia. No entanto, o acompanhante não pode ter sintomas e recomenda-se evitar a troca de acompanhantes durante todo o período de internação.
- Por enquanto ainda não há comprovação científica robusta da transmissão do coronavírus através da placenta. Porém, atenção redobrada deve ser dada aos filhos de mães sintomáticas.
- Mulheres com suspeita ou confirmação de COVID-19 podem amamentar. Deve-se usar máscaras durante o aleitamento e realizar boa higienização das mãos.
- Deve-se evitar receber visitas após o parto tanto na maternidade quanto em casa.



Referências bibliográficas

1. **Badinter, Elisabeth** *Um Amor Conquistado, O Mito do Amor Materno*, ed. Nova Fronteira - 1980.
2. **Bruns, M. A. T. & Pereira, V. M. A.** *Gravidez e Sexualidade: a vivência de mitos e tabus. Relatos de homens e mulheres.* in Revista Brasileira de Sexualidade Humana, Vol. 12, nº 1, São Paulo: Iglu, 2001.
3. **Campos, V. I. F.** (2000). *A Atividade Física Durante a Gestação: sua influência sobre os metabolismos materno e fetal.* São Paulo: trabalho de monografia apresentado à UNIFMU para a conclusão da pós-graduação em Fisiologia do Exercício.
4. **Dale, B. & Roeber, J.** (1992). *Exercícios Pré-Natais.* São Paulo: Editora Maltese.
5. **Davis, Fora.** *A Comunicação Não-Verbal*, ed. Summus - 1979
6. **DiFiore, J.** (2000). *Boa Forma Física Pós-Natal.* São Paulo: Editora Manole.
7. **Maia, A. C. B.** *Sexualidade na gravidez e após o parto.* in Revista Brasileira de Sexualidade Humana, Vol. 12, nº 1, São Paulo: Iglu, 2001.
8. **Miranda, S. A. & Abrantes, F.** (1998). *Ginástica para Gestante.* Rio de Janeiro: Editora Sprint.
9. **Muller, L. & Vitiello, N.** *500 perguntas sobre sexo: respostas para as principais dúvidas de homens e mulheres.* Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
10. **Neumann, Erich** *História da Origem da Consciência*, ed. Cultrix - 1968.
11. **Pryor, Karen.** *A Arte de Amamentar*, ed. Summus - 1981
12. **Soifer, Raque** *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*, ed. Artes Médicas - 1980
13. **Verny, Thomas** *A Vida Secreta da Criança Antes de Nascer*, ed. C. J. Salmi - 1993
14. **Winnicott, D. W.** *Os Bebês e suas Mães*, ed. Martins Fontes - 1999



Reprodução Humana

Pesquisa da fertilidade da mulher; Coito Programado; Inseminação Artificial (IIU); Fertilização *in Vitro* (FIV); ICSI; Super ICSI ou ICSI Magnificado; Pesquisa de fatores de falhas de implantação; Pesquisa de causas de abortos de repetição; Tratamento com óvulos ou embriões doados; Congelamento de óvulos; Banco de sêmen (Nacional e internacional).

Programa de Doação de Óvulos

Seleção de doadoras com diferentes etnias; Pesquisa de doenças genéticas das doadoras; Pesquisa da ancestralidade da doadora.

Infertilidade Masculina

Pesquisa da fertilidade do homem; Espermograma detalhado e Magnificado; Ultrassom de bolsa escrotal; Fragmentação do DNA do sêmen; Pesquisa HPV no sêmen; Cirurgias de varicocele; PESA, TESA; Banco de sêmen (Nacional e internacional).

Biópsia Embrionária

Diagnóstico Genético Pré-Implantacional; PGS (doenças cromossômicas) e PGD (doenças genéticas); Testes genéticos.

Preservação da Fertilidade

Congelamento de óvulos; Preservação da fertilidade em pacientes que precisam adiar a maternidade (SOCIAL); Preservação da fertilidade em pacientes oncológicas; Congelamento de fragmentos de ovário.

Cirurgia Endoscópica

Videolaparoscopia e Videohisteroscopia; Diagnóstica e Cirúrgica.

Tratamento da Endometriose

Endometriose superficial; Endometriose profunda; Endometriose ovariana; Endometriose intestinal; Cirurgia Robótica; Adenomiose.

Ginecologia

Ginecologia Geral; Menopausa; Envelhecimento saudável.

Obstetrícia e Acompanhamento Pré-Natal

Gravidez de alto risco; NIPT (Teste Genético Pré-Natal Não Invasivo); Medicina Fetal; Translucência Nucal; Ultrassom Morfológico; Ultrassom 3D/4D; Avaliação do Bem-Estar Fetal; Cardiotocografia Fetal; Perfil Biofísico Fetal; Doppler Colorido; Sexagem fetal.

R. Abílio Soares, 1.125 Paraíso - CEP 04005-000 - Paraíso - São Paulo, SP
Tel. 55 11 3885-4333 / Tel. 55 11 3884-3218

www.ipgo.com.br saude@ipgo.com.br

RT. Dr. Arnaldo S. Cambiaghi CRMSP 33.692

