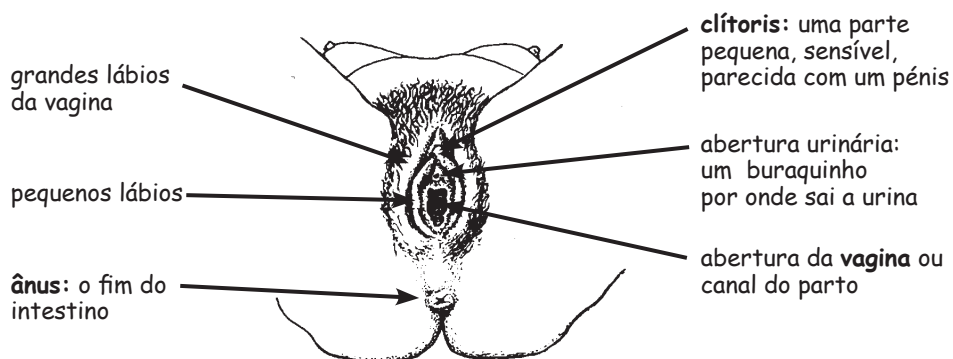


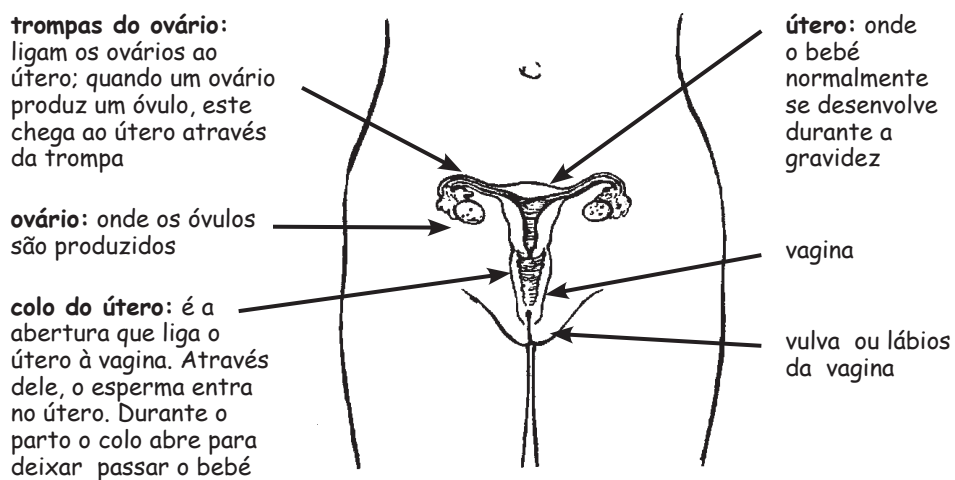
CAPÍTULO  
**31**

## Saúde da mulher

Os órgãos genitais (sexuais) da mulher (vista exterior):



Os órgãos sexuais da mulher (vista interior):



## O período menstrual (a menstruação ou perda sanguínea mensal)

A maioria das raparigas tem o seu primeiro período menstrual entre os 11 e os 16 anos. Isso significa que podem ficar grávidas.

O período menstrual normal aparece mais ou menos uma vez em cada 28 dias e dura de 3 a 6 dias, mas isso varia de uma mulher para outra.

Por vezes, em particular nas adolescentes, o período menstrual decorre com dores.

O paracetamol, o AAS ou o ibuprofeno (ver pág. 719) podem ajudar a aliviar a dor. A aplicação de compressas ou sacos de água quente na barriga também pode ajudar.

Durante a menstruação, e mesmo sem estar menstruada, a mulher deve manter-se limpa, dormir o necessário, e ter uma alimentação adequada. A mulher pode comer tudo o que habitualmente come e continuar a fazer o seu trabalho normal.

### *Sinais de problemas menstruais:*

- Alguma irregularidade no número de dias entre os períodos é normal em algumas mulheres, mas noutras pode ser um sinal de uma doença, por exemplo, anemia, malnutrição, infeção ou tumor no útero.
- Se a menstruação não aparece quando deve, esse pode ser o primeiro sinal de gravidez. Mas, para muitas raparigas no início do período menstrual e nas mulheres com mais de 40 anos, é normal não menstruar ou ter períodos irregulares. A menstruação também pode faltar quando a mulher está preocupada ou nervosa.
- Se o período menstrual surge mais tarde do que se esperava, é mais intenso e dura mais tempo, pode ser sinal de aborto.

**Se o fluxo menstrual dura mais do que 6 dias, é mais forte do que o normal ou reaparece mais que 1 vez por mês, a mulher deve ir a uma unidade sanitária.**

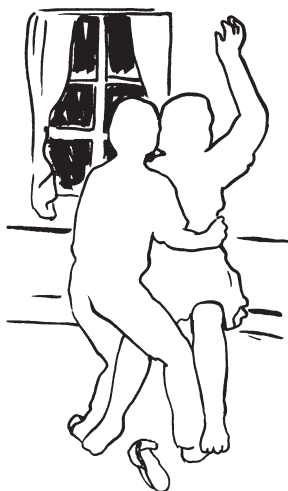
## A menopausa (quando a mulher deixa de ter menstruação)

A *menopausa* ou *climatério* é a altura na vida da mulher em que ela deixa de ter menstruações. Após a menopausa, não se pode ter mais filhos. Em geral esta mudança de vida ocorre entre os 40 e os 50 anos. Muitas vezes a menstruação torna-se irregular antes de terminar definitivamente.

Uma mulher ainda pode engravidar durante esse período. Se ela não quer ter mais filhos, deve continuar o planeamento familiar por 12 meses após os períodos terem terminado.

Durante a menopausa, é normal que a mulher sinta pequenas perturbações físicas e mentais – súbita sensação de calor, dores pelo corpo todo, ansiedade, aflição, tristeza, etc. Terminada a menopausa, a maioria das mulheres volta ao normal mas os ossos têm tendência para enfraquecer, e podem quebrar com mais facilidade.

## Violência



É frequente a violência contra as mulheres pelos seus parceiros. Encoraje as mulheres a partilharem as suas experiências com os familiares ou amigos em quem confiam. Encoraje-as também a conversar com o grupo local de apoio às mulheres. Registrar cuidadosamente os actos de violência e encorajar a mulher a apresentar queixa policial.

A **violação** é um dos actos mais graves de violência contra as mulheres. A violação pode levar a gravidez indesejada, infecções de transmissão sexual, incluindo o HIV e SIDA, e graves lesões. A depressão, pensamentos suicidas, e o *stress* pós-traumático são as consequências frequentes após a violação (ver pág. 672).

É importante transferir as vítimas de violação urgentemente para receberem tratamento de prevenção do HIV e SIDA, outras infecções de transmissão sexual e a gravidez indesejada.

Perante uma situação de violação deve ser feita a história clínica e o exame físico cuidadoso para confirmar a evidência de penetração. Devem ser efectuados imediatamente testes para HIV e sífilis, e colheita das secreções vaginais para exame médico-legal.

Se a violação tiver ocorrido há menos de 72 horas deve-se fazer: contracepção de emergência com qualquer pílula combinada (ver pág. 657).

1. Profilaxia das ITS com dose única de penicilina benzatínica (ver pág. 696), ciprofloxacina (ver pág. 704), metronidazol (ver pág. 702) e azitromicina (ver pág. 704).

2. Profilaxia do HIV com a combinação de zidovudina, lamivudina e indinavir. Em doentes seropositivas não será feita profilaxia do HIV.

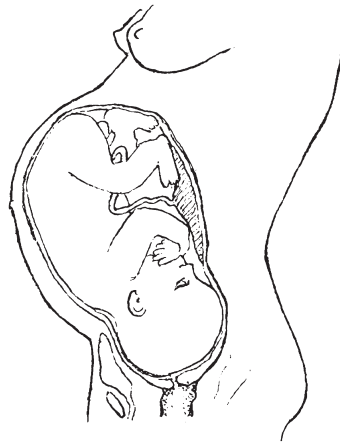
Na mulher grávida usar cefixima (ver pág. 704) em substituição da ciprofloxacina. Evite o uso de metronidazol no primeiro trimestre.



## Gravidez

### *Sinais de gravidez:*

- Falta o período menstrual (muitas vezes é o primeiro sinal)
- Enjoos matinais (náusea ou vontade de vomitar, principalmente de manhã) que pioram durante o segundo e terceiro mês de gravidez
- Urina mais vezes
- A barriga cresce
- Aumento de tamanho e dor nas mamas
- Linha escura na barriga, do umbigo para baixo
- O bebê começa a mexer-se no útero (entre o quarto e quinto mês).



## Como manter-se saudável durante a gravidez

Uma gravidez saudável resulta numa criança saudável.

É muito importante que a mulher se alimente bem durante a gravidez.

A **malnutrição durante a gravidez** causa fraqueza e anemia na mãe, pode aumentar o sangramento e pode diminuir a resistência às infecções. Aumenta também o risco de a mulher morrer durante ou após o parto. Também pode ser causa de aborto, nado-morto, baixo peso ao nascer ou defeitos congênitos.

A grávida necessita de todos os alimentos, em particular os ricos em proteínas, vitaminas e minerais, especialmente o ferro (ver o capítulo 10).

Em muitos locais existem crenças tradicionais acerca da alimentação na gravidez. Por exemplo, se a grávida comer ovos, na altura do parto “vai andar às voltas como uma galinha e não vai saber onde vai ter o seu bebé”. **Isso não é verdade.**

Há uma outra crença segundo a qual, se a mulher grávida comer castanha de caju, o bebé nasce “com sujidade na cabeça”. **Também não é verdade.**

Muitas ideias sobre a alimentação durante a gravidez e o parto são muito perigosas porque impedem a mãe de comer alimentos nutritivos. Se a grávida come apenas uma refeição básica, ela fica fraca e anémica, o que pode vir a causar-lhe a morte por lhe reduzir a resistência à hemorragia (sangramento) e à infecção.

**Durante a gravidez e depois do parto a mulher deve comer os alimentos nutritivos que puder obter.**

**Use sal iodado.** A falta de iodo na dieta de uma mulher grávida pode causar a morte do bebê ou cretinismo (atraso mental).

**Mantenha-se limpa.** Tome banho e escove os dentes todos os dias.

Durante o último mês da gravidez é melhor **evitar ter relações sexuais**, para não rebentar a bolsa de água e causar uma infecção.

**Evite tomar medicamentos.** Alguns medicamentos podem prejudicar o desenvolvimento do bebê. Só deve tomar os que sejam absolutamente necessários, quando recomendados pelo trabalhador de saúde. Evite também os medicamentos tradicionais.



Uma mãe saudável que comeu alimentos nutritivos durante a gravidez e depois do parto.

**Se o trabalhador de saúde lhe receitar um medicamento e você acha que pode estar grávida, informe-o.**

Há medicamentos que devem ser tomados na gravidez para melhorar a saúde da mãe e do bebê, por exemplo para prevenir e tratar a malária, o HIV, a anemia (sal ferroso) e defeitos congênitos (ácido fólico). Estes medicamentos devem ser receitados pelo trabalhador de saúde.

**Não fume nem tome bebidas alcoólicas** durante a gravidez. O fumo e o álcool são prejudiciais para a mãe e para o desenvolvimento do bebê.

Evite o contacto com crianças que tenham rubéola (ver pág. 588) e varicela (ver pág. 590).

Continue a trabalhar e **faça exercícios**, mas sem se cansar muito.

**Evite pesticidas, químicos e radiações (raio-x).** Eles podem prejudicar o desenvolvimento do bebê.

## **Problemas durante a gravidez: conselhos para a grávida**

**Anemia.** Muitas mulheres sofrem de anemia antes de ficarem grávidas e esta piora com a gravidez. A mulher sente-se fraca, cansada e tem as mucosas pálidas. Se não for tratada, ela pode morrer no parto por perda de sangue.

Para evitar a anemia, a mulher grávida deve alimentar-se bem. Também deve tomar sal ferroso e ácido fólico (ver pág. 725). Deste modo fortalece o sangue para resistir a hemorragia após o parto.

**Hemorragia:** A perda de sangue durante a gravidez, mesmo que seja em pequenas quantidades é um sinal de perigo. É provável que esteja a abortar (perder o bebê), por isso deve ir imediatamente ao hospital.

**Náuseas ou vômitos:** Geralmente são intensos de manhã, durante o segundo ou terceiro mês de gravidez. Comer algum alimento seco (bolachas de água e sal ou pão) antes de se levantar pode ajudar a diminuir as náuseas. Evite comidas com gordura. Não faça grandes refeições; é melhor comer mais vezes e em pequenas quantidades.

Se persistem, a mulher deve ir à unidade sanitária mais próxima.

**Ardor no estômago** ou no meio do peito (indigestão, azia): faça pequenas refeições várias vezes por dia. Evite tomar antiácidos. Experimente dormir com a cabeça e o peito ligeiramente elevados, colocando almofadas ou cobertores por baixo.

**Inchaço dos pés:** O inchaço dos pés é geralmente devido à pressão do bebê no útero durante os últimos meses de gravidez. É maior nas mulheres anémicas ou malnutridas ou toxêmicas (ver em baixo).

As grávidas que só tem inchaço dos pés devem descansar várias vezes ao dia com os pés levantados. Devem reduzir o sal na dieta e evitar alimentos com muito sal (ver pág. 219).

A toxemia na gravidez é a presença de inchaço dos pés, mãos e rosto, dores de cabeça, tonturas e, algumas vezes, visão turva e dor no estômago. O aumento rápido de peso, tensão arterial alta e a presença de muita proteína na urina são outros sinais importantes. As mulheres com toxemia podem ter todos ou alguns destes sinais.

**Estas mulheres devem ir com urgência à unidade sanitária mais próxima para ser encaminhadas para uma unidade sanitária com mais recursos.**

**DURANTE OS ÚLTIMOS  
3 MESES DE GRAVIDEZ:**

Se só os seus pés  
estão inchados, talvez  
não seja grave. Mas  
esteja atenta a outros  
sinais de toxemia.

Utilize pouco ou  
nenhum sal.



Se tem dor de cabeça ou  
visão turva,

e

se o seu rosto e mãos  
começam a inchar,  
pode estar a sofrer de  
**TOXEMIA DE GRAVIDEZ**

**VÁ A UNIDADE  
SANITÁRIA!**

**Dor na parte baixa das costas:** É muito comum na gravidez. A dor pode melhorar com repouso. Consulte o trabalhador de saúde porque pode ser uma infecção urinária.

**Varizes (veias varicosas):** São comuns na gravidez, porque o peso do bebé faz pressão nas veias das pernas.

As seguintes medidas ajudam:

- ◆ Não ficar durante muito tempo de pé ou sentada com as pernas penduradas.
- ◆ Se é obrigada a ficar de pé ou sentada por longos períodos, tente deitar-se com os pés para cima, durante alguns momentos cada meia hora.
- ◆ Quando estiver de pé, tente andar no sítio, ou levante os calcanhares do chão e baixe-os; fazer isso várias vezes.
- ◆ Andar o máximo possível.
- ◆ Dormir com os pés elevados (numa almofada).
- ◆ Pode usar meias elásticas (meias de suporte) para ajudar a sustentar as veias. Não esquecer de as tirar quando for dormir.

**Hemorroidas:** São veias dilatadas do ânus causadas pelo peso do bebé no útero.



O creme ou supositório anti-hemorróidal (ver pág. 733) pode ajudar a aliviar o desconforto. Algumas hemorróidas podem ser causadas por obstipação. Aconselha-se a comer alimentos que contenham fibras e aumentar a ingestão de líquidos.

Se forem grandes, ver as medidas a tomar na pág. 298.

**Obstipação:** Beber muita água. Comer alimentos com muita fibra e evitar alimentos refinados ou processados. Fazer exercícios regularmente. **Não** tomar laxantes.

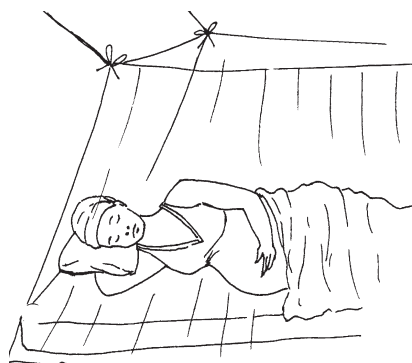
## Malária

A malária é mais frequente e mais grave durante a gravidez. Causa anemia e abortos, nados-mortos; ou crianças com baixo peso à nascença.

Se tem febre durante a gravidez, **deve ir com urgência à unidade sanitária mais próxima**. Pode ser malária.

### Prevenção:

- ◆ Todas as grávidas devem tomar tratamento regular com sulfadoxina-pirimetamina (SP).
- ◆ Todas as grávidas devem dormir dentro duma rede mosquiteira impregnada e fazer tratamento preventivo.



### COMO A GRÁVIDA PODE DETERMINAR O DIA EM QUE PROVAVELMENTE VAI TER O BEBÉ

- Pergunte quando começou a última menstruação.
- Aponte o dia, adicione 7 dias e subtraia 3 meses.
- Por exemplo, se a última menstruação começou no dia 10 de Maio:
- 10 de Maio, mais 7 dias, é dia 17. Menos 3 meses, é o mês de Fevereiro.

Assim, o bebé provavelmente vai nascer por volta do dia 17 de Fevereiro, mas pode nascer 2 semanas antes ou 2 semanas depois.




## Acompanhamento durante a gravidez (cuidados pré-natais)

As mulheres grávidas devem ser assistidas, com regularidade, nas consultas pré-natais (antes do parto). Se está grávida, vai aprender muitas coisas que a ajudarão a evitar muitos problemas e a ter um bebé saudável.

**Se voce é parteira**, pode prestar um serviço importante às futuras mães (e aos futuros bebés) convidando-as a irem à unidade sanitária, para fazerem os exames pré-natais. É importante examiná-las **1 vez por mês durante os primeiros 6 meses** de gravidez e **2 vezes por mês nos 7º e 8º meses**; e **1 vez por semana durante o último mês**. Em cada visita, preencha a ficha pré-natal.

### Exemplo de uma ficha pré-natal

 República de Moçambique <b>Ministério da Saúde</b> SIS mod. ....	<b>FICHA PRÉ-NATAL</b> ARO <input type="text"/>
UNIDADE SANITÁRIA: ..... Ano .....	
Número de registo .....	
Data de emissão do processo ...../...../.....	
PARTO PROGRAMADO PARA .....	
Nome .....	
Filiação ..... e .....	
Data de nascimento/Idade ...../...../..... (.....anos)	
Estado civil: Casada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/>	
Profissão/Ocupação .....	
Local de Trabalho .....	
Residência .....	
Telefone de contacto: .....	

## HISTÓRIA PREGRESSA DA GRAVIDEZ

Gesta  Para  Cesarianas  Abortos   
G. ectópica  Nados-vivos  Nados-mortos  Vivos actuais   
Último parto há quanto tempo

### Vacinações

Vacina antitetânica – 1ª dose (1º contacto): ..... / ..... / .....

2ª dose (4 semanas depois): ..... / ..... / .....

3ª dose (6 meses depois): ..... / ..... / .....

Reforço (de 5 em 5 anos): ..... / ..... / .....

	SIM	NÃO
Partos anteriores com ventosa?	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>
Complicações hemorrágicas em mais de 2 partos?	<input type="checkbox"/> ***	<input type="checkbox"/>
Remoção manual da placenta em mais de 2 partos?	<input type="checkbox"/> ***	<input type="checkbox"/>
Teve cesariana no último parto?	<input type="checkbox"/> ***	<input type="checkbox"/>
Primigesta com altura inferior a 1,5 metros?	<input type="checkbox"/> ***	<input type="checkbox"/>
Primigesta com idade inferior a 16 anos?	<input type="checkbox"/> ***	<input type="checkbox"/>
Idade superior a 35 anos?	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>
Teve 5 ou mais partos?	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>
Na última gravidez, teve nado-morto?	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>
RN falecido durante a 1ª semana?	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>
Teve RN com mais de 4 quilos?	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>
Teve TA alta ou edemas nas gestações anteriores?	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>
Teve convulsões nas gestações anteriores?	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>
Teve convulsões na ausência de gravidez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*\* Unidades sanitárias com COE básicos

\*\*\* Unidades sanitárias com COE completos

## HISTÓRIA DA GRAVIDEZ ACTUAL

	SIM	NÃO
Teve alguma alergia medicamentosa?	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>
Se SIM, a Cotrimoxazol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros .....		
Tipo de reacção: .....		

	SIM	NÃO
Está a perder peso?	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
Fez teste de HIV?	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>
Está em TARV?	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>
Tem muita fome, sede e urina muito?	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>
Tem dor ao urinar ou urina frequentemente com dor?	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
Tem tosse e expectoração há mais de três semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem tuberculose e está em tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem contacto com doente com tuberculose?	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
Tem rede mosquiteira tratada com insecticida?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Exame objectivo

Deformidade da bacia?	Sim <input type="checkbox"/> ***	Não <input type="checkbox"/>
Lesões da pele:	Sim <input type="checkbox"/> ***	Não <input type="checkbox"/>
Exame de mama: Nódulo:	Sim <input type="checkbox"/> ***	Não <input type="checkbox"/>

### Exame especular (primeira consulta):

Lesões do colo:	Sim <input type="checkbox"/> **	Não <input type="checkbox"/>
Colo friável	Sim <input type="checkbox"/> **	Não <input type="checkbox"/>
Condilomas	Sim <input type="checkbox"/> **	Não <input type="checkbox"/>
Úlceras genitais	Sim <input type="checkbox"/> **	Não <input type="checkbox"/>
Corrimento:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

Se SIM, tipo de corrimento: ..... ( tratar!)

## EVOLUÇÃO DA GRAVIDEZ ACTUAL

Data da última menstruação ..... / ..... / .....

Data provável do parto ..... / ..... / .....

Gravidez Gemelar  \*\*\*

Data														
Idade gestacional														
Movimentos fetais														
Tensão Arterial (superior a 140/90*)														
Peso (em quilos): (Aumento > 2 kg por mês ** ou peso < 45 ou > 90 ? **)														
Coloração das mucosas	Coradas													
	Descoradas? Pedir Hb!													
Altura uterina – (se superior a 36 cm*)														
Foco (Frequência cardíaca fetal)														
Apresentação	Cefálica													
	Pélvica ***													
Situação Transversa ***														
Edemas:	Pés*													
	Mãos e face **													
Albumina superior a + + *														
Toma de Sal ferroso com ácido fólico														
Toma de Mebendazol														
HIV+ Estadio da OMS (I, II, III e IV)														
Entrega de nevirapina (NVP) (a partir de 28 semanas)														
Toma de AZT (a partir de 28 semanas)														
Outra profilaxia PTV														
TARV (data de início)														
Cotrimoxazol – Não dar com Sulfadoxina e Pirimetamina (SP)														
SP: Dar a 1ª dose (a partir de 20 semanas) se tem foco positivo e movimentos fetais. Dar a 2ª e 3ª dose c/ intervalos de 4 semanas ou + entre as doses														
Dormiu sob rede mosquiteira na noite anterior? (Sim, Não)														
Teve alergia na última toma de SP? (Sim, Não)														
Aconselhamento em saúde/preparação para o parto/mobilização para a presença do parceiro na consulta														
Nome do provedor (legível)														

Penicilina benzatínica (administre 3 doses com intervalo de uma semana):

1ª dose  2ª dose  3ª dose

Parceiro foi tratado? Sim  Não

**ANÁLISES:**

Teste de sífilis: Neg  Pos

Data ...../...../.....

HIV .....(TR/TNR) Data ...../...../..... CD4 .....

Data ...../...../.....

Hemoglobina ..... Data ...../...../..... (TRATAR se menos de 8 g/dl)

Grupo sanguíneo (obrigatório nas primigestas) ..... Se Rh Negativo \*\*

Urinal ..... Glicemia ..... mmol/L

**OBSERVAÇÕES:**

Data	Observações	Conduta	Assinatura

**OBSERVAÇÕES DA MATERNIDADE**

Nome da unidade sanitária: .....

Parto na maternidade  Parto fora da maternidade (PFM):

Casa  no Caminho  Parteira tradicional

Data do parto ...../...../.....

Aborto  Nado morto  Nado vivo

Tipo de parto:

Vaginal  Ventosa  Cesariana  Apres: Cefálica  Pélvica

Situação transversa  Gemelar

Estado do períneo .....

Puerpério: normal  febril  hemorragia  outro: .....

Recém nascido: Sexo: M  F

Peso ao nascer ..... Índice de Apgar 1' ..... 5' ..... 10' .....

Reanimação? Sim  Não  Aspiração? Sim  Não

Anomalias: Não  Sim  quais .....

Alimentação do RN: materna exclusiva na 1ª hora pós-parto? Sim  Não

Vitamina A para a mãe? Sim  Não

A criança recebeu: Profilaxia ocular: Sim  Não

BCG  Pólio 0  NVP  AZT

A mãe recebeu: AZT + 3TC  NVP  4DT + 3TC

Aconselhamento em saúde na maternidade: Sim  Não

Data de Alta ...../...../.....

Nome da Enfermeira (legível) .....

## INSTRUÇÕES:

### **CASOS A ENVIAR DE IMEDIATO À CONSULTA MÉDICA OU A EVACUAR para unidade sanitária com condições cirúrgicas e de transfusão de sangue (COE completos):**

1. Hemorragias evidentes e abundantes em qualquer trimestre da gravidez.  
No 3º trimestre não fazer toque, pois pode ser placenta prévia.
2. Cefaleias fortes, perturbações da visão, dor epigástrica forte ou convulsões.
3. Dor abdominal aguda e violenta (apendicite aguda, gravidez ectópica ou rotura uterina, etc.).
4. Rotura da bolsa amniótica por mais de 24 horas, com ou sem febre (qualquer que seja a idade da gestação).
5. Deformidade da pélvis ou dos membros inferiores (sequelas de poliomielite ou outras anormalidades).

Transferir quando completar 37 semanas (9 meses de gravidez).

ARO	Alto risco obstétrico
COEB	Cuidados obstétricos de emergência básicos: unidade sanitária que tem capacidade para administrar medicamentos E.V. (antibióticos, oxitocina, sulfato de magnésio para o tratamento da eclampsia), fazer a remoção manual da placenta, realizar a remoção de produtos retidos (por exemplo, aspiração manual intrauterina, a vácuo) e realizar parto vaginal assistido
COEC	Cuidados obstétricos de emergência completos: unidade sanitária que faz COEB e tem condições cirúrgicas e de transfusão de sangue
RN	Recém-nascido
PTV	Prevenção de transmissão vertical
TA	Tensão arterial
TARV	Tratamento anti-retroviral
TNR	Teste não reactivo (negativo)
TR	Teste reactivo (positivo)

## História

Pergunte à grávida quais são as suas preocupações e necessidades. Explique-lhe **como manter-se saudável durante a gravidez e proteger a saúde da criança**.

Se ela tiver alguns dos problemas comuns da gravidez, explique que não são graves e como tratar.

Use a ficha pré-natal como guia para procurar os sinais de perigo (risco) que significam que se deve transferir a grávida para uma unidade sanitária com mais recursos (ver os asteriscos (\*\*)) na Ficha Pré-Natal).

Pergunte quantas vezes já esteve grávida, e quantos partos teve, quando teve o último bebé, e se teve algum problema durante as gravidezes ou os partos anteriores (cesariana, ventosa).

Perguntar se, na gravidez actual, tem:

- ◆ cefaleias (dor de cabeça), tonturas, perturbações da visão, dor no estômago (sintomas de toxemia)
- ◆ muita fome, sede e urina muito (sintomas de diabetes)
- ◆ dificuldade ou dor a urinar (sintomas de infecção urinária)
- ◆ tosse e expectoração há mais de 2 ou 3 semanas (tuberculose)

Perguntar se está a fazer tratamento para tuberculose ou HIV, ou se tem contacto com doente com tuberculose, ou se tem outra doença crónica.

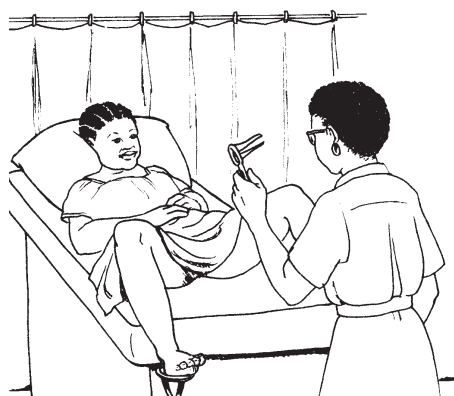
Perguntar se o bebé se mexe ou mexe pouco.

## Exame

Observe com atenção os **sinais de risco que exigem a observação ou parto** numa unidade sanitária com mais recursos, usando a ficha pré-natal como guia.

Na primeira consulta, deve-se medir a altura e observar a bacia. Uma altura inferior a 1,5 m ou uma bacia estreita ou deformada é sinal de risco. Sempre que possível, deve-se fazer um exame especular que permite ver o interior da vagina e o colo do útero, para verificar se há lesões.

Examine para as lesões de pele, e a mama para nódulos.

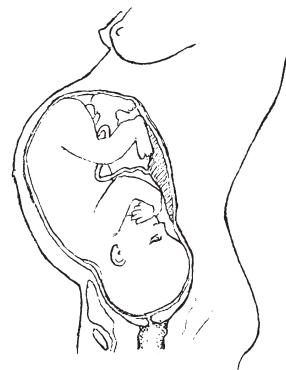




Em cada consulta, avaliar as **mucosas** para diagnosticar anemia (falta de sangue). Se possível, verifique o nível de hemoglobina (Hb). Se a anemia for grave (Hb inferior a 7 g/dl, a grávida apresentar mucosas muito pálidas, fraqueza e cansaço) ou muito grave (Hb inferior a 5 g/dl, a grávida apresentar batimento rápido do coração e respiração rápida) deve-se transferi-la para uma unidade sanitária com mais recursos.

Também se deve medir a tensão arterial e pesar a grávida a cada consulta pré-natal. Deve-se observar se tem sinais de malnutrição. Está a aumentar de peso normalmente?

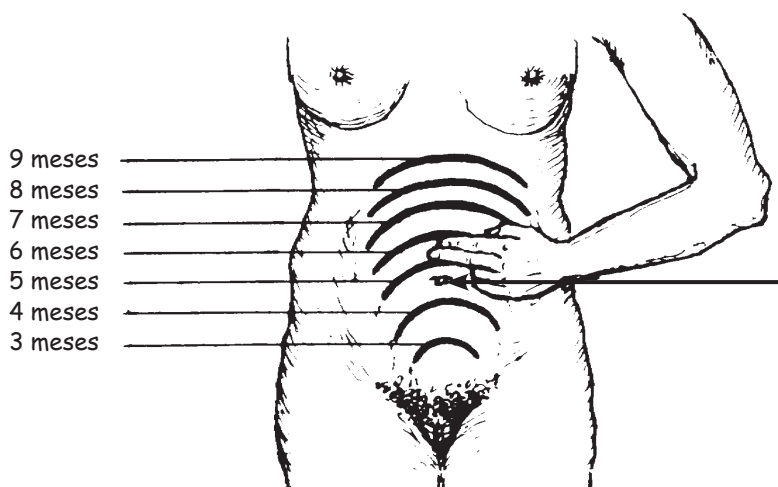
A grávida deve aumentar 8 a 10 kg (<2 kg por mês) durante os 9 meses de gravidez. Não aumentar de peso é sinal de perigo. O aumento súbito de peso nos últimos meses ou aumento de mais de 2 kg por mês, peso inferior a 45 kg ou superior a 90 kg são sinais de perigo.



Esta é a posição normal do bebé no útero aos 9 meses.

## Crescimento e posição do bebé no útero

Apalpe a barriga da grávida em cada consulta pré-natal; e ensine-a como deve fazer isso ela própria.



9 meses  
8 meses  
7 meses  
6 meses  
5 meses  
4 meses  
3 meses

Normalmente o útero fica 2 dedos mais alto cada mês.

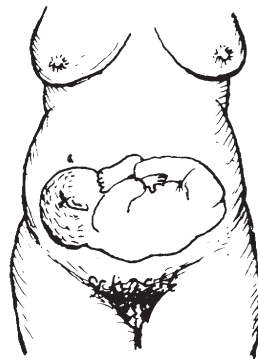
Aos 4½ meses, o útero geralmente está na altura do umbigo.



Meça a altura do útero usando a fita métrica.

Em cada consulta anote a altura uterina. **Se o útero parece estar muito grande ou está a crescer demais ou se é superior a 36 cm**, transfira a grávida para uma unidade sanitária com mais recursos.

Procure sentir a posição do bebê no útero. Se parece que ele está atravessado (situação transversa)



ou com as pernas ou nádegas para baixo (apresentação pélvica), transfira para uma unidade sanitária com mais recursos **antes** de começar o trabalho do parto, porque provavelmente vai ser necessária uma cesariana.

### Foco (frequência cardíaca fetal)

A partir do 5º mês, escute o batimento do coração do bebê usando um estetoscópio de Pinard.



Se o batimento do coração do bebê é mais forte abaixo do umbigo, no último mês, o bebê está de cabeça para baixo. Provavelmente vai nascer com a cabeça primeiro.



Se o batimento do coração é mais forte acima do umbigo, a cabeça do bebê provavelmente está para cima. Pode ser que as nádegas saiam primeiro.



O coração do bebê bate mais rápido do que o de um adulto. Se for possível, conte os batimentos do coração do bebê (frequência cardíaca fetal). Uma frequência cardíaca fetal entre 120 a 160 por minuto é normal. Se for menor que 120, alguma coisa está errada. O bebê pode estar doente, ou os batimentos não foram bem contados, ou os batimentos contados foram os do coração da mãe. Verifique o pulso da mãe. O batimento do coração é muitas vezes difícil de ouvir. É preciso prática. Repita a contagem.

Se a frequência cardíaca fetal (os batimentos do coração) for menor do que 120/minuto, ou o bebê não se mexe ou mexe-se menos do que o normal, ou se os batimentos são mais fortes acima do umbigo no último mês da gravidez, transfira a grávida para uma unidade sanitária com mais recursos.

Observe em especial para ver se há os seguintes sinais de perigo:

- ◆ aumento súbito de peso
  - ◆ inchaço das mãos e do rosto
  - ◆ tensão arterial muito alta
  - ◆ mucosas muito pálidas
  - ◆ hemorragia
- } sinais de toxemia da gravidez

**Se, por alguma razão, desconfia que vão surgir problemas na hora do parto, envie a grávida para uma unidade sanitária com mais recursos para ter o bebê. Lembre-se de que ela deve estar na unidade sanitária quando o trabalho do parto começar.**

### **Sinais de risco na história (antecedentes obstétricos)**

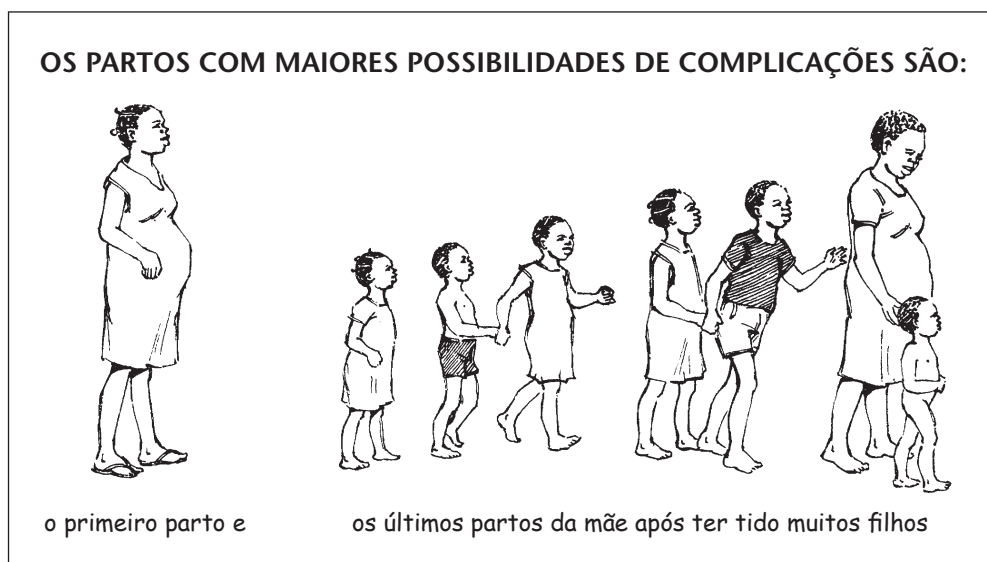
**A mulher deve ser enviada à consulta e ter o parto numa unidade sanitária com cuidados obstétricos de emergência básicos:**

- Se já teve 5 ou mais partos
- Se teve partos anteriores com ventosa
- Se teve nado-morto na última gravidez
- Se teve um bebê que faleceu na primeira semana de vida
- Se teve recém-nascido com mais de 4 kg
- Se teve tensão alta ou edemas nas gravidezes anteriores
- Se teve convulsões nas gravidezes anteriores

Também deve ser transferida para uma unidade sanitária com mais recursos se tem vômitos com desidratação (ver pág. 342).

**A mulher deve ser enviada à consulta e ter o parto numa unidade sanitária com cuidados obstétricos de emergência (cirurgia):**

- Se teve cesariana no último parto
- Se teve hemorragias em mais de 2 partos
- Se teve remoção manual da placenta em mais de 2 partos
- Se teve 2 ou mais abortos ou 2 ou mais nados-mortos
- Se teve alguma alergia medicamentosa



### **Sinais de risco**

**A mulher deve ser enviada à consulta e ter o parto numa unidade sanitária com cuidados obstétricos de emergência básicos:**

- Se tem mais de 35 anos
- Se está a perder peso ou tem peso < 45 kg ou > 90 kg
- Se tem altura uterina superior a 36 cm
- Se as dores do parto começam mais de 3 semanas antes da data em que se espera que o bebé nasça
- Se a bolsa de água rebentou e o trabalho do parto não começa dentro das primeiras 12 horas. O perigo é maior quando ela tem febre
- Se o bebé ainda não nasceu 2 semanas depois dos 9 meses da gravidez
- Se tem sangramento antes do parto
- Se há sinais de toxemia da gravidez (ver pág. 611)

- Se sofre de doença crónica (TB, diabetes, doença de coração, epilepsia, HIV)
- Se tem dor ao urinar ou urina frequentemente com dor (infecção urinária)
- Se está muito anémica

**A mulher deve ser enviada à consulta e ter o parto numa unidade sanitária com cuidados obstétricos de emergência (cirurgia)**

- Se tem menos de 16 anos e é a primeira gravidez
- Se é muito pequena (altura inferior a 1,5 metros) ou tem as ancas estreitas e é a primeira gravidez
- Se tem deformidade da bacia
- Se vai ter gémeos
- Se o bebé não está em posição normal dentro do útero (apresentação pélvica ou situação transversa)
- Se tem sangramento a partir do 6º mês de gravidez

O sangramento a partir do 6º mês de gravidez pode significar que a placenta está muito baixa (placenta prévia). Se não for assistida, a mulher pode morrer. Não faça exame vaginal, não introduza nada dentro da vagina e não faça lavagens vaginais. Deve-se transferir imediatamente para uma **unidade sanitária com condições cirúrgicas**.

## Exames laboratoriais

Sempre que for possível, toda a mulher grávida deve fazer alguns exames laboratoriais. Entre eles, na primeira consulta, a hemoglobina, a glicemia, o exame da urina, o teste da sífilis e do HIV.

A hemoglobina é importante para saber se a mulher tem anemia (ver pág. 599, neste capítulo). Na grávida, uma hemoglobina inferior a 11 g/dl indica anemia que precisa de ser tratada.

A glicemia (nível de açúcar no sangue) ou a presença de glicose na urina podem ser sinais de diabetes. Transfira para uma unidade sanitária com mais recursos se suspeita que a grávida tem diabetes.

A presença de proteínas (albumina) na urina pode ser sinal de toxemia da gravidez. Se a mulher tiver albumina na urina representada por 2 cruces (+ +), deve ser transferida para uma unidade sanitária com cuidados obstétricos essenciais básicos.

O exame da urina permite também verificar se a mulher tem infecção urinária.

É sempre aconselhável fazer teste para detectar a sífilis, pois permite que a mulher faça um tratamento precoce, evitando complicações para a mãe e que a criança nasça com sífilis congénita.

O teste para o HIV é importante porque permite saber se a grávida é HIV, positiva ou não, e o que fazer.

Se for possível, faça o teste para saber o grupo sanguíneo, principalmente nas primigestas.

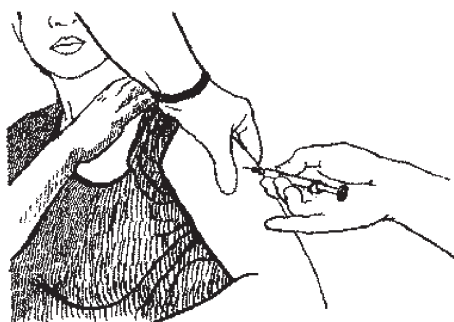
## Tratamento e prevenção de doenças

### Prevenção da anemia e dos defeitos congénitos

Administre sal ferroso e ácido fólico para prevenir e tratar anemia (sal ferroso) e prevenir defeitos congénitos (ácido fólico).

### Prevenção do tétano

A administração da vacina contra o tétano evita que a mãe e o bebé tenham tétano. Se a mãe não foi vacinada, administre a primeira dose na primeira consulta. A segunda dose deve ser administrada 4 semanas depois e a terceira 6 meses depois. Se ela já foi vacinada contra o tétano, dê 1 dose de reforço na primeira visita.



Vacina intramuscular.

### CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO ANTITETÂNICA (VAT) DA MULHER EM IDADE FÉRTIL (15-49 ANOS)

DOSES	INTERVALO MÍNIMO
VAT 1	Ao primeiro contacto ou o mais cedo possível durante a gravidez, incluindo o primeiro trimestre
VAT 2	Pelo menos <b>4 semanas</b> depois da VAT 1
VAT 3	Pelo menos <b>6 meses</b> depois da VAT 2 ou durante a gravidez subsequente
VAT 4	Pelo menos <b>1 ano</b> depois da VAT 3 ou durante a gravidez subsequente
VAT 5	Pelo menos <b>1 ano</b> depois de VAT 4 ou durante a gravidez subsequente.

## Malária

A malária é mais frequente durante a gravidez, e o risco de malária grave é muito maior.

Nas grávidas com malária, a anemia é muito frequente e estas têm um risco mais elevado de abortar, ter nados-mortos, ou crianças com baixo peso à nascença.

A malária na gravidez pode apresentar-se de duas formas:

- Com sintomas típicos de malária, com ou sem anemia;
- Só com anemia, geralmente grave, sem outros sintomas de malária.



### **Prevenção:**

Devido ao risco de efeitos graves da malária na mulher grávida, recomenda-se o Tratamento Preventivo Intermitente (TPI), com sulfadoxina-pirimetamina (SP, ver pág. 711).

Administrar a primeira dose de sulfadoxina-pirimetamina (SP, ver pág. 711) por volta das 20 semanas, ou quando a grávida refere movimentos fetais activos, ou quando confirmado pela auscultação do foco fetal.

As doses subsequentes são administradas com um intervalo de 4 semanas (mensalmente). Recomenda-se a administração de pelo menos 3 doses durante a gravidez.

As grávidas com história de alergia ao SP ou ao cotrimoxazol **não devem fazer** prevenção da malária com SP.

As mulheres grávidas HIV-positivas que estiverem a receber cotrimoxazol profilático não devem receber o SP, devido ao risco de efeitos adversos e aos benefícios do cotrimoxazol na prevenção e tratamento da malária.

**Todas as grávidas devem dormir dentro duma rede mosquiteira impregnada.**

### **Tratamento:**

No **primeiro trimestre** de gravidez, o melhor medicamento é o quinino (ver pág. 715).

No **segundo e terceiro trimestre** de gravidez, as mulheres podem ser tratadas com artesunato e sulfadoxina-pirimetamina (AS-SP, ver pág. 712) ou quinino (ver pág. 715).

Até ao momento não existe informação suficiente sobre a segurança do arte-méter e lumefantrina (AL, ver pág. 714) durante a gravidez. Por isso, não deve ser administrada esta combinação durante a gravidez.

As mulheres grávidas com malária grave devem ser rapidamente transferidas para uma unidade sanitária onde possam ser tratadas com quinino por infusão endovenosa. Mas, antes de transferir a mulher, deve-se administrar a primeira dose de quinino I.M. (ver pág. 715).

As grávidas com malária grave ou a fazer quinino têm frequentemente hipoglicemia (falta de açúcar no sangue, ver pág. 495). A hipoglicemia deve ser tratada ou prevenida.

Antes de transferir a grávida com malária grave deve-se administrar, se possível:

Glicose a 30% E.V. (ver pág. 729). Se não, dar água açucarada, se ela consegue beber.

Para preparar água açucarada: dissolver 4 colheres de chá rasas de açúcar numa chávena com 200 ml de água limpa.

## **Infecções de transmissão sexual (ITS)**

Procure saber se a mulher tem corrimento e/ou feridas (úlceras) nos genitais.

As mulheres grávidas com ITS podem ter:

- Abortos
- Nados-mortos
- Crianças com baixo peso à nascença
- Crianças com sífilis congénita
- Crianças com conjuntivite

Por isso, devem ser tratadas se tiverem corrimento vaginal ou feridas nos genitais ou outras ITS (ver capítulo 22). Os parceiros também deverão ser tratados!

**Todas as grávidas devem fazer o teste para sífilis.** Se o teste for positivo, deverão ser tratadas com penicilina benzatínica I.M. (ver pág. 696) em 3 doses administradas com intervalos de 1 semana.

## HIV

Uma mulher grávida que tenha o HIV pode ter muitos problemas:

- Perda do bebê durante a gravidez (aborto)
- Infecções oportunistas e outras (malária) que podem ser mais graves do que nas mulheres sem HIV
- Infecções após o parto que podem ser mais graves

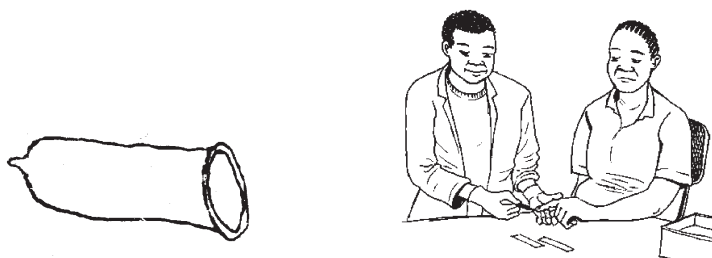
Para além das complicações que podem ocorrer na mulher grávida, há também a possibilidade de transmitir o HIV para o bebê.

Na grávida HIV-positiva, sem tratamento, um em cada três bebês pode ficar infectado com o vírus HIV. A transmissão pode ocorrer durante a gravidez, durante o parto e através do aleitamento materno. A transmissão do HIV da mãe para o filho é chamada **transmissão vertical**.

Uma nova infecção, recente ou que ocorra durante a gravidez, aumenta o risco de transmissão do HIV ao bebê.

**As mulheres devem usar sempre preservativo durante a gravidez e no período de amamentação**

Na mulher grávida, recomenda-se que faça o teste de HIV na primeira consulta pré-natal. Este deve ser repetido a cada 3 meses, nos casos em que o primeiro teste seja negativo



Aviso: é importante que os casais que desejam ter filhos façam o teste de HIV (ver pág. 403). Recomenda-se que, nos casos em que o teste é negativo, seja feito um segundo teste, 3 meses depois, como forma de ter maior segurança.



## Recomendações para as grávidas HIV-positivas

### CUIDADOS

O capítulo 21 descreve as recomendações sobre os cuidados a ter em doentes HIV-positivos. As recomendações para as mulheres grávidas em relação ao início do tratamento anti-retroviral são as mesmas que para as não grávidas. Mas as grávidas devem começar os anti-retrovirais quando no estadio 3 da OMS e a contagem de células CD4 for inferior a 350/mm<sup>3</sup>.

**O manejo pode variar, pelo que se aconselha a consulta das normas em uso em cada país.**

### Medicamentos para prevenir a transmissão mãe-filho

As mulheres que **estão em tratamento anti-retroviral** devem continuar a tomar a sua medicação normal.

As mulheres HIV-positivas que **não estão em tratamento anti-retroviral** devem receber medicamentos para prevenir a transmissão do HIV aos seus filhos (transmissão vertical). Estas recomendações variam de país para país. Recomenda-se seguir as normas do país.

Uma das recomendações actuais é que, a partir das 28 semanas, a grávida deve tomar AZT (zidovudina) até ao parto. Se a mulher tem anemia grave (Hb menor de 7 g/dl) deverão ser utilizados outros anti-retrovirais. Também deve receber nevirapina para tomar quando iniciar o trabalho do parto.

Isso ajuda a prevenir a transmissão ao bebé durante o parto.

## Parto

### Preparação para o parto

O parto é um acontecimento natural. A maior parte dos partos ocorrem sem complicações.

Por vezes, podem surgir complicações no parto, que podem pôr em risco a vida da mãe ou do bebé. **Sempre que possível, o parto deve ocorrer na maternidade.**

### Sinais que indicam que o trabalho do parto está próximo

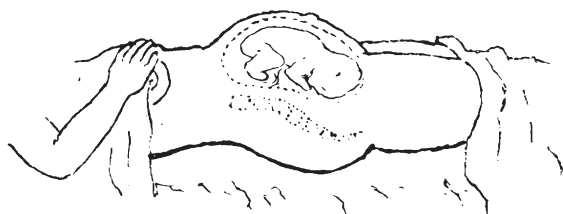
Geralmente, uns dias antes do trabalho do parto começar, **o bebé desce** no útero. Isso permite que a mãe respire mais facilmente, mas ela talvez precise de urinar com mais frequência por causa da compressão na bexiga. (No primeiro parto estes sinais podem começar até 2 semanas antes.)

Pouco antes do trabalho do parto começar, **uma pequena quantidade de muco** (secreção) pode ser descarregada. Às vezes sai tingido com sangue. Isso significa que o trabalho do parto está a começar.

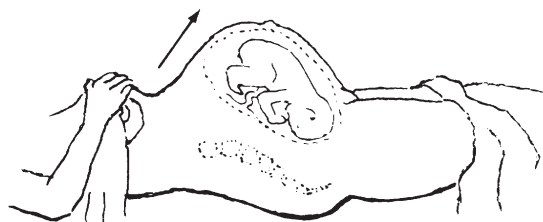
As **contrações** ou dores de parto podem começar vários dias antes do parto; no início passa muito tempo entre as contrações – alguns minutos ou até horas. Nesta fase, as contrações são irregulares. Quando as contrações se tornam mais fortes, regulares e mais frequentes, o trabalho do parto está a começar.

Algumas mulheres sentem umas **contrações de preparação** semanas antes do parto. Isso é normal. Em raras ocasiões a mulher pode ter um falso trabalho de parto. Isso acontece quando as contrações são fortes e umas logo após outras, depois não vêm por horas ou dias, até que o parto realmente começa. Às vezes, caminhar ajuda a acalmar as contrações se forem falsas ou a acelerá-las se forem verdadeiras e deste modo a acelerar o parto. Mas, mesmo que seja trabalho de parto falso, as contrações ajudam a preparar o útero para o parto.

**As dores de parto são causadas pelas contrações do útero. Entre as contrações o útero está relaxado, assim:**



**Durante as contrações, o útero fica contraído e levanta-se assim:**

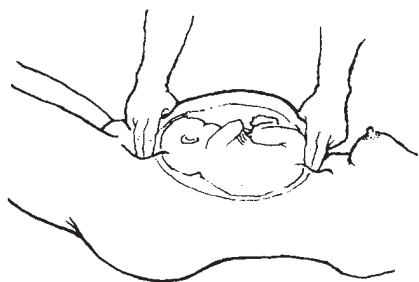


**As contrações forçam o colo do útero (cérvix) a abrir pouco a pouco.**

A **bolsa de água** que protege o bebé no útero geralmente rompe-se e liberta um líquido transparente (líquido amniótico) depois de o trabalho do parto ter começado. Se a bolsa de água rompe antes do início das contrações, isso geralmente provoca o início do trabalho do parto. Quando a bolsa de água se rompe, a mãe deve dirigir-se à unidade sanitária. Depois da bolsa de água se romper, a mãe deve ser mantida muito limpa. Andar de um lado para o outro pode ajudar a acelerar o início do parto.

## Verificar se o bebê está numa boa posição

Para ter a certeza de que o bebê está de cabeça para baixo (apresentação céfalica), na posição normal para o nascimento, procure sentir onde está a cabeça, deste modo:



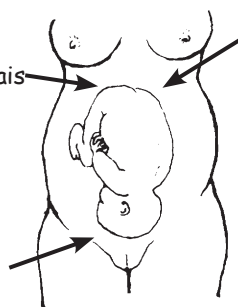
1. Faça a mãe expelir o ar todo dos pulmões.

Com o polegar e 2 dedos, aperte no sítio indicado, logo acima do osso **pélvico**.

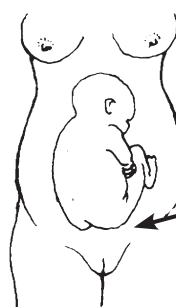
Com a outra mão, palpe o fundo do útero.

As nádegas do bebê são maiores e mais largas.

A cabeça é mais dura e redonda.



Com as nádegas para cima, a parte superior é maior.

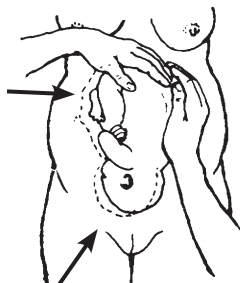


Com as nádegas para baixo, a parte inferior é maior.



2. Empurre com cuidado de um lado para o outro, primeiro com uma das mãos e depois com a outra.

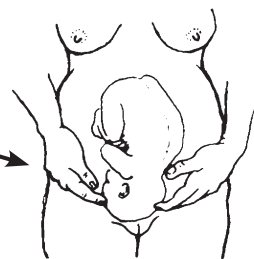
Se empurrar a nádega, suavemente para o lado, o corpo inteiro do bebê também se mexe.



Mas se empurrar a cabeça suavemente para o lado, o pescoço dobra e as costas não se mexem.

Se o bebê ainda está no fundo do útero, você pode mexer um pouco a cabeça. Mas se está encaixada (situada mais para baixo, preparando-se para nascer), você não consegue mexer a cabeça.

O primeiro bebê de uma mulher geralmente encaixa-se 2 semanas antes de começar o parto. Os bebês seguintes podem não encaixar até começar o trabalho do parto.



Se a cabeça do bebé está para *baixo*, significa que está em posição normal para nascer.

Se a cabeça do bebé está para *cima* (apresentação pélvica), ou o bebé está *atravessado* (situação transversa), o nascimento pode ser difícil.

A mãe e o bebé correm perigo. Deve-se transferir para uma unidade sanitária com recursos cirúrgicos.

## Fases do trabalho do parto

O trabalho do parto tem 3 fases ou períodos:

- A primeira fase vai desde o início das contracções fortes até o bebé descer no canal de parto.
- A segunda fase começa quando o bebé desce no canal de parto e termina com o nascimento.
- A terceira fase vai do nascimento do bebé até à saída da placenta.

**A PRIMEIRA FASE DO TRABALHO DO PARTO** geralmente dura de 10 a 20 horas quando é o primeiro parto da mãe; e de 7 a 10 horas nos partos seguintes. Isso varia muito.

Durante a primeira fase do trabalho do parto, a mãe não deve procurar apressar o parto. É natural que esta fase seja demorada. A mãe pode não sentir o progresso e talvez fique preocupada. Tente acalmá-la. Diga-lhe que isso acontece com a maioria das mulheres.

A mãe não deve empurrar ou fazer força para baixo até que o bebé comece a descer para o canal e ela sinta que deve empurrar.

Durante o trabalho do parto, a mãe deve urinar com frequência. Durante o parto, a mãe deve beber com frequência água e líquidos açucarados, como chá, sumo. Se o parto for demorado, ela também deve comer uma refeição leve. Se vomitar, deve continuar a tomar os líquidos.

Durante o trabalho de parto, se a mãe tiver necessidade de ficar na cama, deve mudar de posição várias vezes; sempre que possível ela deve levantar-se e andar de vez em quando.

**Durante a primeira fase do trabalho do parto, a parteira deve seguir os seguintes conselhos:**

- Lavar muito bem com água morna e sabão, a barriga, os genitais, as nádegas e pernas da mãe.
- A cama deve estar num sítio limpo, com luz suficiente para permitir que haja boa visibilidade.
- Cobrir a cama com lençóis limpos e mudá-los quando ficarem molhados ou sujos.

A parteira **não** deve massajar ou empurrar a barriga. **Não** deve mandar a mãe empurrar ou fazer força para baixo nesta fase.

Se a mãe tem medo ou está com dores fortes, diga-lhe para respirar fundo, devagar e de modo regular durante cada contracção e, entre as contracções, respirar normalmente. Isso ajuda a controlar a dor e acalma a mãe. Tranquilize a mãe e diga-lhe que essas dores fortes são normais e ajudam a empurrar o bebé para fora.

### **Medidas para reduzir a transmissão vertical do HIV nesta fase**

1. A parteira deve fazer apenas os exames cervicais necessários (o mínimo possível).
2. Antes do exame deve fazer limpeza da área genital.
3. Evitar trabalho do parto prolongado e rotura prematura da bolsa de água.
4. Evitar rapar os pelos púbicos.
5. Em relação aos medicamentos anti-retrovirais:
  - As mulheres em TARV devem continuar o tratamento.
  - As outras devem fazer AZT a partir das 28 semanas (ver pág. 748) e, no início do trabalho do parto, tomam uma dose única de nevirapina (ver pág. 749) e a combinação de AZT +3TC (ver pág. 750), que continuam durante uma semana.
  - As mulheres que não tomaram AZT durante a gravidez devem seguir o mesmo esquema de tratamento após o início do trabalho do parto.

É importante que a parteira conheça o estado em relação ao HIV das mulheres que se dirigem à maternidade. Se não conhece o estado da mulher, deve fazer o aconselhamento e o teste de HIV na maternidade.

**A SEGUNDA FASE DO TRABALHO DE PARTO.** É a altura em que a criança nasce. Às vezes começa quando a bolsa de água rompe. Geralmente é mais fácil do que a primeira fase e dura menos tempo. Durante as contracções a mãe faz força para baixo (empurra) com toda a força que tem. Entre as contracções, ela pode parecer muito cansada e meio sonolenta. Isso é normal.

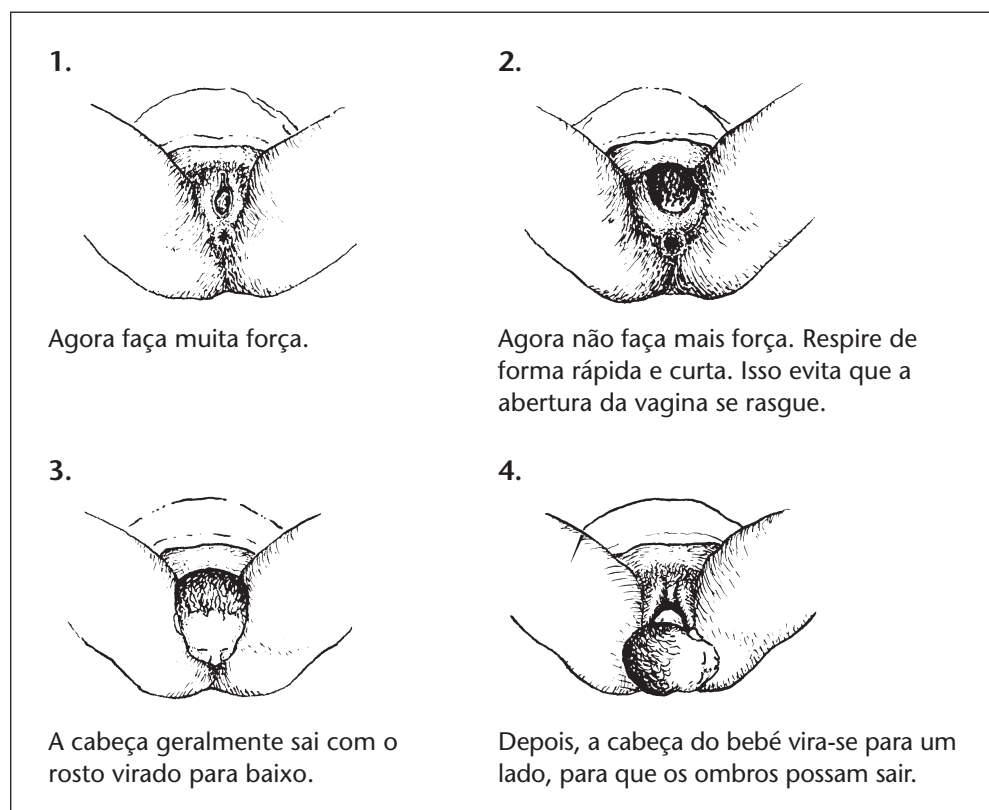
Para fazer força para baixo, a mãe deve respirar fundo e fazer força com os músculos da barriga, como se estivesse a defecar.

Quando o canal de parto está dilatado e a cabeça do bebé começa a aparecer, a parteira ou quem estiver a assistir, deve ter tudo pronto para o nascimento do bebé. Nesta altura a mãe **não** deve fazer força, para que a cabeça do bebé saia devagar. Isso ajuda a evitar a rasgadura da abertura do canal de parto.

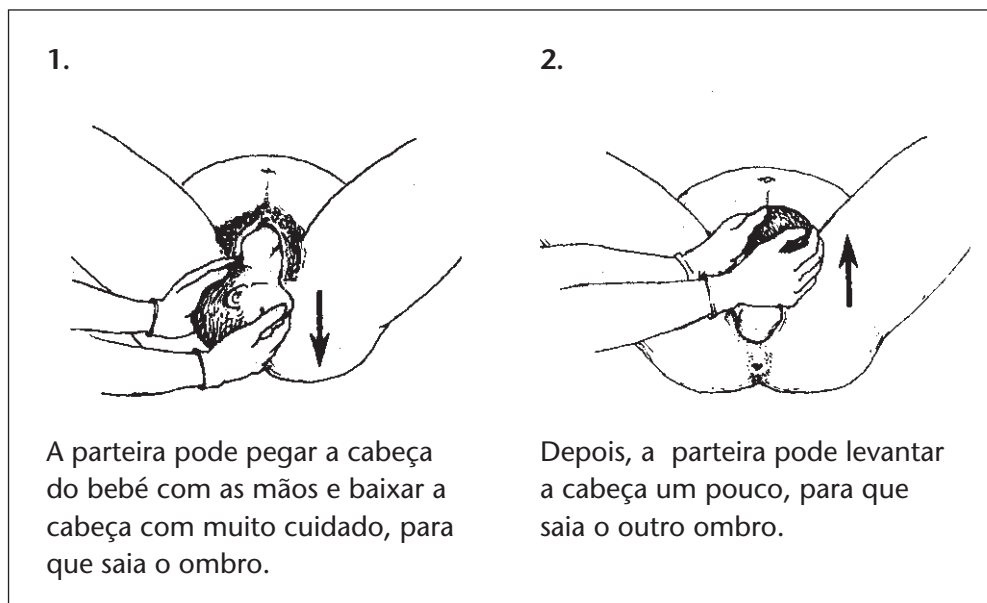
A parteira deve-se proteger do contacto com o sangue e líquido amniótico (líquido que envolve o bebé no útero), porque podem transmitir o HIV e outras infecções. Deve usar: barrete, máscara, óculos de protecção, avental, luvas e botas.

Quando a cabeça está a sair, a parteira pode segurá-la mas **nunca deve puxá-la**. Use **luvas para assistir ao parto** – para a protecção da saúde da mãe, do bebé e da parteira.

#### GERALMENTE NASCE PRIMEIRO A CABEÇA DO BEBÉ, DESTE MODO:



Se os ombros ficam presos depois de a cabeça ter saído:



Toda a força deve vir da mãe. A parteira **nunca deve puxar a cabeça nem torcer nem dobrar o pescoço do bebé**, porque isso pode causar lesões.

### Medidas para reduzir a transmissão vertical do HIV nesta fase

1. Tomar as precauções padrão de biossegurança (ver pág. 138).
2. Lavar a região genital com cetrimida e clorexidina (ver pág. 739).
3. Evitar trabalho do parto prolongado e rotura prematura da bolsa de água.
4. Proteger o cordão com uma compressa antes de laquear, para evitar que o sangue se espalhe.
5. Não fazer episiotomia (cortar a parede da vagina) por rotina, nem mesmo nas nulíparas (mulheres que estão a ter o primeiro parto).
6. Evitar traumas durante o parto.

**A TERCEIRA FASE DO TRABALHO DE PARTO** começa quando o bebé nasce e termina quando a placenta sai. Geralmente, a placenta sai por si mesma entre 5 minutos e até 1 hora depois do bebé nascer. Contudo, recomenda-se o manejo activo nesta fase: administre imediatamente oxitocina (ver pág. 743), faça tracção controlada do cordão e massagem uterina, isto dura no geral 1 minuto. O manejo activo previne a hemorragia pós-parto. De seguida, **cuide do bebé**. Se houver forte hemorragia ou se a placenta não sair dentro de 1 hora, procure ajuda médica.

## Medidas para reduzir a transmissão vertical do HIV nesta fase

1. Minimizar o risco de hemorragia após parto usando oxitocina, tracção controlada do cordão e massagem uterina.
2. Suturar todas as lacerações na área genital.
3. Se for necessária uma transfusão de sangue, garanta que seja segura.
4. Continuar com a administração dos anti-retrovirais para a mãe e o recém-nascido.

As mulheres em TARV devem continuar o tratamento.

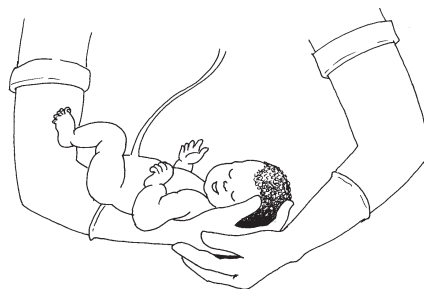
As outras devem continuar a tomar AZT + 3TC (ver págs. 748 e 750) durante 7 dias.

Para as doses recomendadas do recém-nascido, (ver pág. 627).

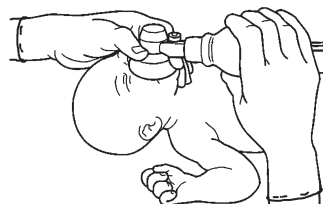
## Cuidados ao recém-nascido após o nascimento

Logo que a criança nasce:

- Ponha a cabeça do bebé para baixo, para que o muco saia da boca e da garganta. Mantenha o bebé nessa posição até que ele comece a respirar.
- Se o bebé não começar a respirar logo, esfregue-lhe as costas com uma toalha ou um pano.
- Se o bebé continua a não respirar, limpe o muco do nariz e da boca com uma pera de borracha ou com um pano limpo enrolado no seu dedo.



Se o bebé continua sem respirar, posicione-o correctamente (com o pescoço em extensão), aplique a máscara sobre a boca e o nariz e comece a ventilar

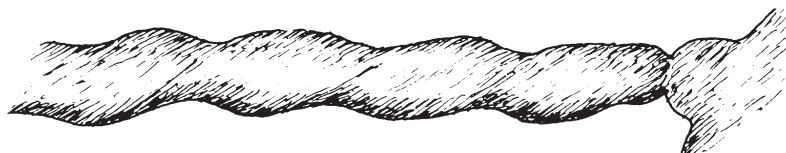


O **índice de Apgar** consiste na avaliação de 5 aspectos no exame físico do recém-nascido com 1,5 e 10 minutos de vida.

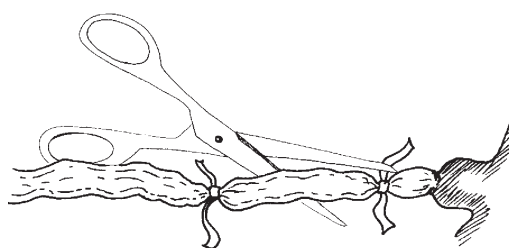


## Como cortar o cordão umbilical

Quando a criança nasce, o cordão pulsa, é grosso e azul.



Imediatamente após o nascimento do bebê, amarre o cordão em 2 lugares (o primeiro nó a cerca de 2 cm do corpo e o segundo nó, 2 cm a seguir) com pinças esterilizadas, ou fitas limpas e secas (esterilizadas ou passadas a ferro). Proteja o local onde vai cortar com uma compressa.



O cordão deve ser cortado com tesoura esterilizada ou com lâmina nova. **Corte sempre o cordão perto do corpo do bebê.** Deixe só 2-3 cm (2 dedos) ligados ao bebê.

Estas precauções ajudam a evitar o tétano e outras infecções.

## Cuidados com o cordão umbilical

Para proteger o cordão umbilical contra a infecção **é importante conservá-lo seco.**

- Manter o cordão exposto ao ar ou coberto só com roupa limpa. Não amarrar nem aplicar ligaduras
- Não aplicar substâncias no cordão
- Se o cordão ficar sujo, lavar com água e sabão e secar bem com um pano ou toalha limpos

Assegure-se que a fralda do bebê não cubra o umbigo, para que o cordão não fique molhado com urina.

## Limpeza do recém-nascido

Com uma toalha limpa, morna, macia e húmida, retire cuidadosamente o sangue ou qualquer outra secreção.

Agasalhe o bebê num pano limpo. **É muito importante que não apanhe frio,** principalmente se é prematuro (nasceu antes do tempo).

## Começar logo a amamentar o recém-nascido

Coloque o bebê ao peito da mãe logo que nasce. Se o bebê começar a chupar, isso ajuda a placenta a sair mais depressa e evita ou controla hemorragia forte.



## Os olhos

Os olhos de **todos** os recém-nascidos devem ser protegidos contra a infecção (as mães podem ter contraído doenças sem saber).

Os olhos devem ser limpos com uma compressa húmida antes de abrirem, isto é, logo que o bebê nasce. Logo que os olhos estejam abertos, aplicar pomada de tetraciclina a 1% (ver pág. 738), em cada olho, uma só vez.

## Medicamentos para reduzir a transmissão do HIV

Se a mãe está em TARV há 4 semanas ou mais, a criança deve tomar nevirapina em dose única (ver pág. 749) e AZT (ver pág. 748) durante 7 dias.

No caso de a mãe ser HIV-positiva e ter tomado AZT desde as 28 semanas, a criança deve receber nevirapina em dose única (ver pág. 749) e AZT (ver pág. 748) durante 7 dias.

Se a mãe é HIV-positiva e não recebeu AZT às 28 semanas, ou está em TARV há menos de 4 semanas, a criança deve receber nevirapina em dose única (ver pág. 749) e AZT (ver pág. 748) durante 4 semanas.

Para a prevenção de infecções, todas as crianças nascidas de mães HIV-positivas devem receber cotrimoxazol (ver pág. 699).

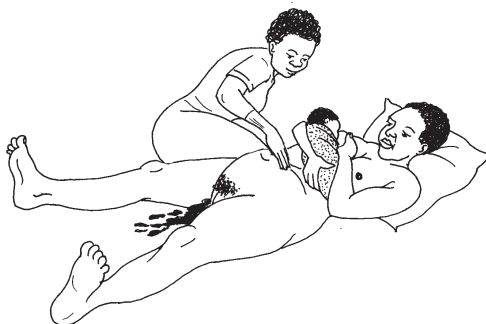
## A expulsão da placenta

Normalmente a placenta sai entre 5 minutos e 1 hora após o nascimento do bebê, mas às vezes demora muitas horas (ver abaixo). Se o parto for na maternidade deve-se administrar oxitocina (ver pág. 743) logo após a saída do bebê e fazer massagem uterina para a expulsão da placenta. Isto ajuda a prevenir o sangramento depois do parto.

## Reduzir o risco de hemorragia pós-parto

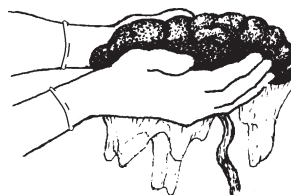
A hemorragia após o parto é a causa mais comum de mortalidade materna. As mulheres são muitas vezes anêmicas e o parto pode agravar a anemia.

Em todas as mulheres é necessário reduzir o risco de hemorragia nesta fase. As medidas para reduzir o risco de hemorragia são:



1. Depois do nascimento do bebê deve-se aplicar à mãe uma injeção I.M. de oxitocina (ver pág. 743).

2. Tracção controlada do cordão (puxe suavemente o cordão enquanto faz a massagem uterina).



3. Massagem uterina:

- Apalpe o útero através da barriga.
- Massajar o útero cuidadosamente, até que fique duro. Assim ele contrai-se e descarrega a placenta.

## Verificação da placenta e restantes membranas

Após a saída da placenta verifique se está completa (inteira). Se parece que falta uma parte da placenta, procure ajuda para realizar a revisão manual do útero ou transfira a doente para uma unidade sanitária com mais recursos.

Restos de membranas ou placenta que fiquem dentro do útero podem causar hemorragia ou infecção.

Use luvas para tocar e pegar a placenta. Depois, lave bem as mãos.

## Quando a placenta demora a sair

Se a placenta não sair transfira a doente. Se houver hemorragia, tente controlá-la como se descreve a seguir.

## Hemorragia

Quando a placenta é expulsa, há sempre um pequeno sangramento que normalmente dura alguns minutos, onde a mãe não perde mais do que 1/4 de litro (1 copo) de sangue. Em geral, o sangramento não é grave, pode continuar durante vários dias, e diminui se a mãe amamenta o bebê.

Às vezes a mulher pode estar a sangrar muito por dentro, sem o sangue sair em grande quantidade. Apalpe a barriga de vez em quando. Se parece que está a crescer, pode ser que esteja a encher-se de sangue. Verifique o pulso e procure sinais de choque (ver pág. 243).

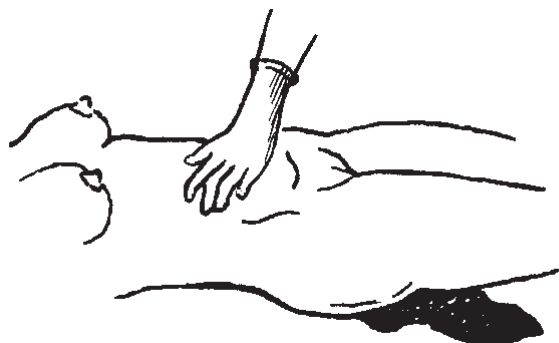
Para evitar ou controlar o sangramento forte, **ponha o bebê a chupar o peito da mãe**. Se o bebê não chupar, a mulher pode massajar e puxar os mamilos (o bico das mamas) suavemente.

Se a hemorragia continua:

- Transfira para uma unidade sanitária com mais recursos. Antes de transferir, administre um soro.
- Se tiver **oxitocina**, siga as instruções das páginas verdes (ver pág. 743).
- Se ela começa a perder os sentidos, ou se o pulso fica fraco e rápido, ou apresenta outros sinais de **choque**, levante-lhe as pernas e baixe-lhe a cabeça.
- Se a mãe está a perder muito sangue e está em risco de perder a vida, continue a massagem:

Massage a barriga até que sinta o útero a ficar duro. Se está mole, massage novamente.

Se o sangramento pára, verifique cada 5 minutos se o útero continua duro.



Assim que o útero ficar firme, o sangramento pára.

Verifique mais ou menos a cada minuto. Se o útero começar a ficar mole, massage novamente.

## Uso de oxitocina

A oxitocina é um medicamento que provoca contracção do útero e dos seus vasos sanguíneos, reduzindo assim a hemorragia após o parto ou aborto. A oxitocina é útil mas perigosa, se usada de forma incorrecta, podendo causar a morte da mãe ou da criança dentro do útero. Se usada correctamente, a oxitocina pode salvar vidas.

O uso de oxitocina para acelerar o parto ou “dar forças” à mãe durante o trabalho do parto é muito perigoso para a mãe e para a criança. É raro que a oxitocina seja necessária antes do bebé nascer.

### **Não usar oxitocina antes da criança nascer!**

Situações em que se deve usar oxitocina:

1. **Para prevenir a hemorragia grave após o parto.**
2. **Para controlar a hemorragia depois do aborto ou parto.**

Para as doses, consultar as páginas verdes (ver pág. 743).

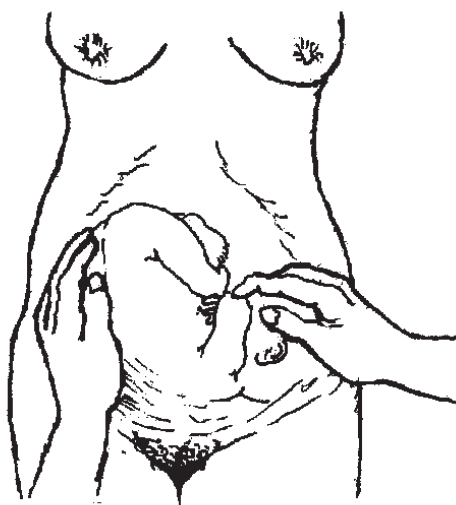
## Partos difíceis

É muito importante que a mulher seja transferida com urgência quando existe um problema grave. Muitos problemas e complicações podem ocorrer durante o parto. Aqui se indicam os mais comuns:

1. O TRABALHO DO PARTO PÁRA OU DIMINUI, ou dura muito tempo depois de a bolsa de água rebentar. Causas possíveis:

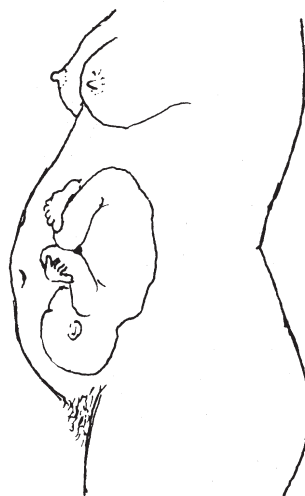
**O bebé pode estar numa posição errada.**

Apalpe a barriga entre as contracções para verificar se o bebé está **atravessado (situação transversa)**. Não deve tentar virar o bebé porque isso pode rasgar o útero ou separar a placenta. Transfira a mãe para uma unidade sanitária onde se pode fazer uma operação (cesariana).



- **Se o bebé está de frente**, em vez de estar de costas, pode-se sentir os braços e as pernas salientes em vez das costas redondinhas. Geralmente não é um grande problema, mas o parto prolonga-se e pode causar mais dores nas costas da mãe. Ela deve mudar de posição mais vezes porque assim ajuda o bebé a virar-se.

**A cabeça do bebé pode ser muito grande e não passa pelos ossos da bacia da mulher (pélvis).** Isso acontece em mulheres muito baixas (altura inferior a 1,5 m) ou que tenham bacia estreita. Pode ser que não se sinta o bebé descer. Se suspeita que existe este problema, transfira a mãe para uma unidade sanitária com cirurgia porque ela pode precisar duma cesariana.



**As mulheres muito baixas ou com bacia muito estreita devem ter os filhos numa unidade sanitária com cirurgia.**

**Se a mãe vomitou ou não bebeu líquidos**, pode estar desidratada (ver pág. 342) ou com hipoglicemia (ver pág. 89). Isso pode diminuir o ritmo das contracções. Faça-a beber água açucarada, chá com açúcar ou sumos nos intervalos entre as contracções.

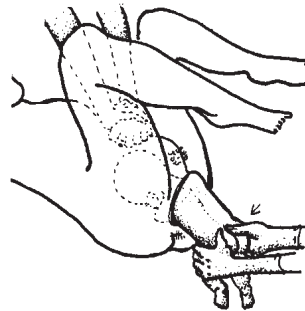
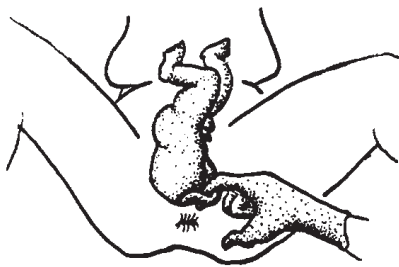
2. **RETENÇÃO URINÁRIA.** Por vezes, a mulher não consegue urinar durante e após o parto. Isso também pode dificultar a descida do bebé e a contracção do útero logo após o parto. Se passarem mais de 6 horas e a bexiga parecer estar cheia, pode ser necessário algaliar (ver pag. 309). Se não sentir a bexiga cheia, não é preciso algaliar, mas dar muita água para beber.
3. **APRESENTAÇÃO PÉLVICA** (as nádegas do bebé aparecem primeiro). A parteira pode notar que o bebé está com as nádegas para baixo ao palpar a barriga da mãe ou escutar o batimento do coração do bebé.

As mulheres com apresentação pélvica devem ter o parto numa unidade sanitária com cirurgia.

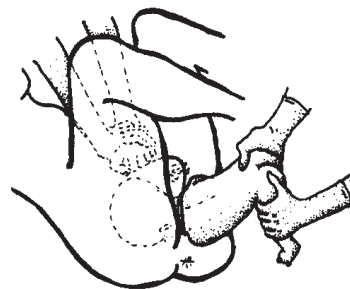
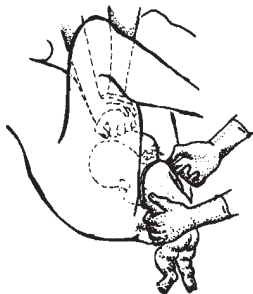
Se a mulher se apresenta já no trabalho de parto, e não é possível transferi-la, pode assistir o parto, tendo em mente que

**O sucesso do parto pélvico é tanto maior quanto menor for a intervenção, e observando o seguinte:**

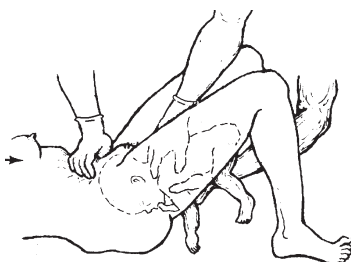
- O parto pélvico deve se efectuar numa mesa de parto com suporte para as pernas, para permitir que o tronco fetal fique pendurado e ajude a descida da cabeça utilizando a força de gravidade.
- **Não** se deve tocar no feto até ao aparecimento de uma omoplata na vulva.
- No entanto, quando aparece o umbigo deverá fazer-se uma ansa do cordão umbilical, para evitar a tensão no cordão, que impede a circulação.



- Esta ansa permite também o controlo do coração fetal pela palpação.
- Quando aparece a omoplata, o tronco deve ser flectido para baixo, sem tracção, de forma a libertar o ombro anterior; se necessário, pode-se libertar o ombro usando o dedo.



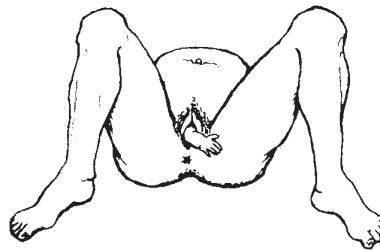
- Faz-se flexão do corpo para cima, sem tracção, para se libertar o ombro posterior.
- Deixa-se o corpo do feto pendurado, permitindo a descida da cabeça em flexão, até que o occipital (raíz dos cabelos da nuca) apareça debaixo da sínfise púbica.



- Neste momento seguram-se e levantam-se os membros inferiores, suspendendo o tronco verticalmente.
- Quando aparece a face, um assistente deverá limpar e aspirar as vias aéreas. A cabeça liberta-se lentamente. Durante estas manobras não se aplica qualquer tracção. O assistente deve aplicar pressão no fundo do útero para facilitar a descida da cabeça.

4. APRESENTAÇÃO PELO BRAÇO (a mão sai primeiro).

Se a mão do bebé sai primeiro, transfira imediatamente a mãe para uma unidade sanitária com recursos cirúrgicos. Pode ser necessária uma operação para tirar o bebé.



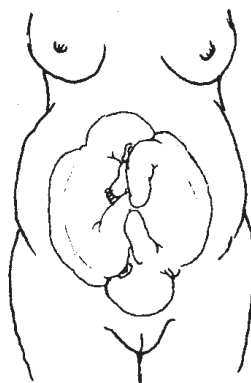
5. Às vezes o CORDÃO UMBILICAL FICA ENROLADO NO PESCOÇO DO BEBÉ, tão apertado que o bebé não consegue sair completamente. Tente tirar o cordão do pescoço do bebé. Se não conseguir fazer isso, talvez tenha que laquear o cordão isto é atá-lo e cortá-lo. Utilize uma tesoura esterilizada com pontas redondas.

6. FEZES NA BOCA E NARIZ DO BEBÉ. Quando a bolsa de água rebenta e na água saem as primeiras fezes do bebé (mecónio), este pode estar em perigo. Se ele inalar as fezes e estas entrarem no pulmão, o bebé pode morrer. Antes do bebé começar a respirar, limpe-lhe a boca e o nariz com a ajuda duma pera de borracha. Mesmo que o bebé comece a respirar imediatamente, continue a limpar até tirar todo o mecónio.

7. GÉMEOS. Ter parto de gémeos é muitas vezes difícil e perigoso para a mãe e os bebés.

**Em caso de gémeos, transferir para uma unidade sanitária com cirurgia.**

Como o trabalho de parto de gémeos pode começar mais cedo, **a mãe deve estar perto duma unidade sanitária com cirurgia depois do sétimo mês de gravidez.**





### **Sinais que indicam que a mãe provavelmente vai ter gêmeos:**

- A barriga cresce mais rápido e o útero fica maior do que o normal, principalmente nos últimos meses.
- A grávida aumenta de peso mais rápido do que o normal.
- Os problemas comuns da gravidez (enjoo matinal, dores nas costas, varizes, hemorróidas, inchaço e dificuldade de respirar) são mais graves.
- Sente-se 3 ou mais massas grandes (cabeças e nádegas) num útero que parece muito grande.
- Ouvem-se algumas vezes mais de 2 batimentos de coração separados (sem contar com os da mãe).

Nos últimos meses, a mãe deve descansar bem e evitar trabalhos pesados.

Os gêmeos frequentemente nascem pequenos e precisam de cuidados especiais.

## **Lacerações (rasgaduras) à volta da vagina**

A abertura da vagina precisa de se dilatar muito para o bebé poder sair. Algumas vezes ela rasga-se. Isso é comum no primeiro parto.

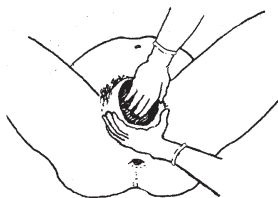
Geralmente, se houver cuidado, a laceração pode ser evitada:

A mãe não deve fazer força durante a dilatação. Isso dá tempo para a abertura dilatar.

Para não empurrar, ela deve respirar profundamente com a boca aberta (sopros curtos e rápidos).



Quando a abertura está dilatada, a parteira pode apoiar com uma mão e com a outra mão segurar com cuidado a cabeça para que não saia muito depressa, assim:



Também ajuda, a colocação de compressas na pele da abertura vaginal. Comece a colocar quando a abertura começa a dilatar.



Se a abertura da vagina tem lacerações deve-se suturar depois da placenta sair.

## Fístulas

A fístula é uma falsa comunicação entre órgãos como resultado de trauma.

O trauma pode acontecer durante um parto prolongado, quando a cabeça do bebê comprime os tecidos contra os ossos da bacia.

A fístula vesico-vaginal (entre a bexiga e a vagina) é a mais frequente. Como consequência, a mulher perde continuamente urina pela vagina.

A fístula recto-vaginal é menos comum e, como consequência, há passagem de fezes do recto para a vagina.

As mulheres com fístulas frequentemente têm infecções urinárias graves e prolongadas.

Elas são socialmente rejeitadas, desvalorizadas, desprezadas e estigmatizadas.

O tratamento das fístulas é cirúrgico e por isso deve transferir a doente para uma unidade sanitária com recursos cirúrgicos especializados.

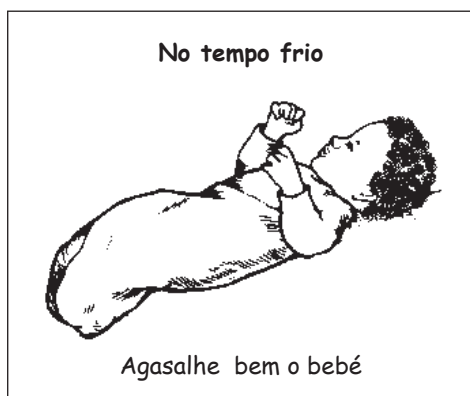
## Cuidados com o recém-nascido nas primeiras semanas

### O cordão umbilical

Para evitar que o cordão recém-cortado infecte, ele deve ser mantido **limpo** e **seco**. Quanto mais seco estiver, mais cedo cai e o umbigo cicatriza.

### Manter o bebê agasalhado – mas não muito quente

Proteja o bebê do frio mas também do calor excessivo. Agasalhe o bebê.



Para manter o bebê quentinho, encoste-o ao corpo da mãe.

## Higiene

É muito importante seguir as regras de higiene para crianças. Preste atenção especial ao seguinte:

- Mantenha o bebê num lugar limpo, longe do fumo e poeira.
- Mude-lhe a fralda e a roupa da cama todas as vezes que ele molhe ou suje. Se a pele fica irritada, mude a fralda mais vezes – ou melhor, não ponha fralda.
- Dê-lhe banho todos os dias com água morna e sabão.
- Durma sempre com o bebê dentro duma rede mosquiteira impregnada.
- Cubra o berço com uma rede mosquiteira impregnada.
- Pessoas com feridas abertas, constipadas, garganta inflamada, tosse, tuberculose, não devem aproximar-se do bebê.

## Amamentação

(Ver também A Melhor Alimentação para Crianças Pequenas, pág. 179)

O leite do peito é o melhor alimento para o bebê. Os bebês que se alimentam com o leite materno são mais saudáveis, crescem mais fortes e têm menos risco de morrer, porque:

- O leite da mãe **contém todos os nutrientes que o bebê precisa** e é melhor que qualquer outro tipo de leite, seja fresco, enlatado ou em pó.
- O leite da mãe é **limpo**. Quando outros alimentos são dados à criança, principalmente por meio do biberão, é mais difícil manter os utensílios limpos e evitar que o bebê fique com diarreia ou outras doenças.
- O leite da mãe está sempre na **temperatura certa**.
- O leite da mãe **contém proteínas (anticorpos)** que protegem o bebê de doenças como o sarampo e a poliomielite.
- A **amamentação deve começar logo que o bebê nasce**.



O primeiro leite (colostro) protege o bebê contra as infecções e é rico em proteínas. **Embora pareça aguado, este primeiro leite é muito bom para o bebê.**

Nos primeiros dias os peitos geralmente produzem pouco leite. Isso é normal. A mãe **não** deve começar a dar o biberão ao bebê, mas sim, **dar de mamar muitas vezes**. Quando o bebê chupa, isso ajuda o peito a produzir mais leite.

Se o bebê não consegue chupar, deve-se espremer o peito com as mãos e dar com uma colherinha ou um conta-gotas.

Todas as mães devem dar ao bebê **apenas leite do peito** nos primeiros 6 meses. Durante este período, nem água devem dar ao bebê. O leite materno contém a água necessária ao bebê. Depois disso, devem continuar a amamentar o bebê, mas têm de começar a introduzir outros alimentos nutritivos.

As mães HIV-positivas podem estar preocupadas com a possibilidade de transmitir a infecção aos filhos durante a amamentação. A estas se aconselha que é melhor continuar a amamentar apenas com leite do peito até aos 6 meses.

Depois dos 6 meses duas situações podem ocorrer:

1. Para as mães pobres que vivem em condições de higiene deficiente aconselha-se continuar com leite do peito e introduzir outros alimentos nutritivos. Ao mesmo tempo, a mãe e a criança são avaliadas regularmente na consulta da criança em risco.
2. Para as mães que têm possibilidades e conseguem comprar leite (fresco de vaca ou cabra fervidos, pasteurizado, em pó ou de soja), aconselha-se a: parar a amamentação lentamente e introduzir o leite e outros alimentos nutritivos.

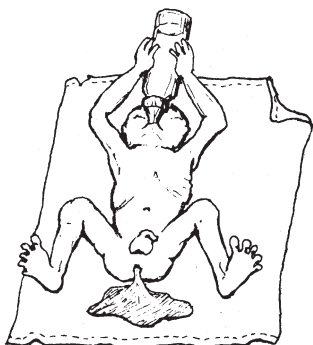
**Não** usar biberão para alimentar a criança.

A quantidade de substitutos do leite materno a ser consumida por dia pela criança varia em função da sua idade. Assim temos:

- 6-8 meses            600 ml
- 9-11 meses        550 ml
- 12-24 meses      500 ml

Em algumas áreas existem alimentos especiais para as mães que param de amamentar depois dos 6 meses. Nestes casos, as mulheres HIV-positivas deverão alimentar os seus filhos com estes alimentos.

Bebés alimentados ao biberão correm maior risco de adoecer e morrer.



Bebés alimentados ao peito são mais saudáveis.

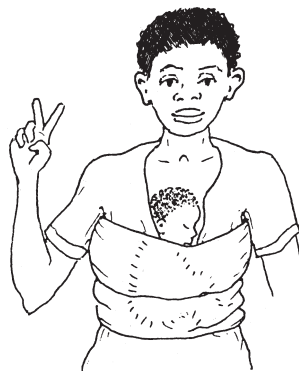


## Vacinas

O bebé deve receber vacinas: BCG e pólio na maternidade.

### Cuidados especiais para bebés que nascem pequenos, prematuros ou com baixo peso

Um bebé que nasce muito pequeno (que pesa menos de 2,5 kg) necessita de cuidados especiais. Essas crianças muitas vezes são mantidas quentes e protegidas a uma temperatura especial numa espécie de berço chamado incubadora. A mãe pode dar calor e protecção mantendo o bebé ao peito 'estilo canguru' assim:



- Coloque o bebé sem roupa (com ou sem fralda), junto ao peito encostado à pele. É melhor se a mãe vestir uma blusa ou camisola larga, ou capulana.
- Deixe o bebé chupar o peito todas as vezes que quiser, mas pelo menos de 2 em 2 horas.
- **Mantenha o bebé sempre agasalhado.** Se estiver frio, vista-lhe mais roupa e ponha-lhe uma touca.
- Quando estiver a tomar banho ou a descansar, peça ao pai ou a outro familiar, para segurar o bebé ao peito 'estilo canguru'.
- Leve o bebé à unidade sanitária com regularidade.
- Assegure-se que ele recebe todas as vacinas.

## Cuidados ao dar medicamentos aos recém-nascidos

Os medicamentos podem ser perigosos para os recém-nascidos. Use apenas os recomendados e apenas quando for necessário. Verifique a dose correcta e não dê a mais. O cloranfenicol é perigoso no recém-nascido, principalmente se é prematuro ou tem baixo peso (menos de 2 kg).

## Circuncisão no recém-nascido

Em muitas comunidades, a circuncisão é feita às crianças do sexo masculino. Noutras comunidades também se faz circuncisão às crianças do sexo feminino. Para os rapazes não é prejudicial. **No entanto, faz muito mal às raparigas e por isso não deve ser praticada.**

### RAPAZES

Os bebés do sexo masculino têm uma pele na cabeça do pénis que se chama prepúcio (pele que cobre a glande do pénis). Desde que a urina saia pelo orifício do pénis, a mãe não se deve preocupar porque está tudo bem. O prepúcio geralmente não se afasta completamente da glande até que o rapaz tenha 4 anos de idade, e a mãe não deve puxar a pele para trás à força. O desenvolvimento lento do pénis não vai causar impotência ao rapaz quando ele for adulto.

Se a pele do prepúcio ficar vermelha, inchada e apertada, de forma que o bebé não consegue urinar sem ter dor, é necessário levá-lo a uma unidade sanitária com mais recursos para fazer circuncisão.

É melhor que a circuncisão seja feita nos serviços de saúde, do que deixar que as mães levem as crianças aos praticantes tradicionais, onde o risco de infecção é grande.

**Os homens que foram circuncidados têm menor risco de infecção por HIV.**

### RAPARIGAS

A “circuncisão feminina” que é praticada em certas tradições, consiste em cortar o clítoris que é um tecido sensível na parte superior da entrada da vagina, como se fosse um pequeno pénis. Em alguns lugares, parte dos lábios da vagina também são cortados.

Cortar o clítoris a uma rapariga é tão cruel como cortar a extremidade do pênis a um rapaz. **Isso nunca deve ser feito.** A hemorragia pode ser grave e se não for corrigida a criança pode morrer.

Se há hemorragia, deve-se limpar os coágulos e, com um pano limpo, comprimir directamente o ponto que está a sangrar. Continuar a comprimir até que deixe de sangrar. Se a hemorragia não parar ou houver sinais de choque (ver pág. 243), levar rapidamente a criança para a unidade sanitária mais próxima.

**Evitar a contaminação da pele com sangue da criança,** usando um pano grande, luva ou plástico para proteger a mão.

As raparigas em que os cortes foram extensos podem, mais tarde, ter problemas durante o parto.

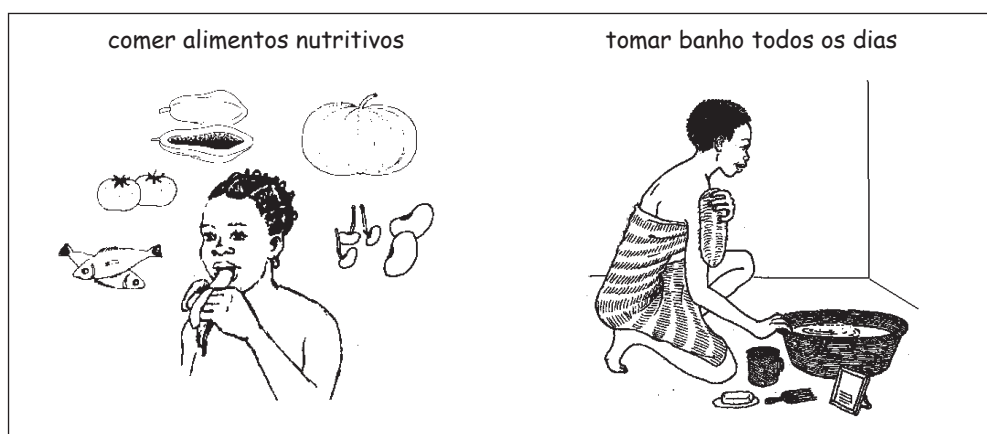
## A saúde da mãe depois do parto

### Alimentação e higiene

Depois do parto, a mulher pode e deve comer todo o tipo de alimentos nutritivos que tenha ao seu alcance. Ela não deve deixar de comer nenhum tipo de alimento.

A mãe deve tomar banho todos os dias depois do parto. **O banho depois do parto não faz mal.** As mulheres que passam muitos dias sem tomar banho podem apanhar infecções.

Após o parto a mulher deve:



Continuar a tomar sal ferroso e ácido fólico durante 3 meses após o parto (ver pág. 725).

Além da dose de vitamina A que a mulher recebe no pós-parto imediato, recomendar uma dose de vitamina A 6 semanas após o parto (ver pág. 725).

## Febre depois do parto (febre puerperal)

Algumas vezes a mulher tem uma infecção depois do parto que se manifesta com febre (febre puerperal).

*Os sinais de febre puerperal são:* febre, calafrios, dores de cabeça ou na parte baixa das costas e na barriga, e corrimento vaginal com mau cheiro.

**Tratamento:**

Os antibióticos devem ser administrados com urgência.

Administre a primeira dose de penicilina cristalina (ver pág. 693) ou ampicilina (ver pág. 698), gentamicina (ver pág. 701) e metronidazol (ver pág. 702) e transfira a doente para uma unidade sanitária com mais recursos.

**A febre depois do parto pode ser muito perigosa.  
Transfira a doente.**

## Amamentação e cuidados com os seios

Cuidar bem dos seios (mamas) é importante para a saúde da mãe e do bebê. A amamentação deve começar logo que o bebê nasce.

No início, pode ser que o bebê não chupe muito, mas a amamentação permite que haja mais produção de leite e diminua o sangramento vaginal.

**COMECE A AMAMENTAR O BEBÉ LOGO QUE NASCE.**

Em geral, os seios produzem a quantidade de leite que o bebê necessita. Para ter mais leite a mãe deve:

- beber muitos líquidos,
- comer o melhor possível,
- dormir bem e evitar cansaço ou ficar nervosa,
- dar de mamar muitas vezes, pelo menos de 2 em 2 horas.

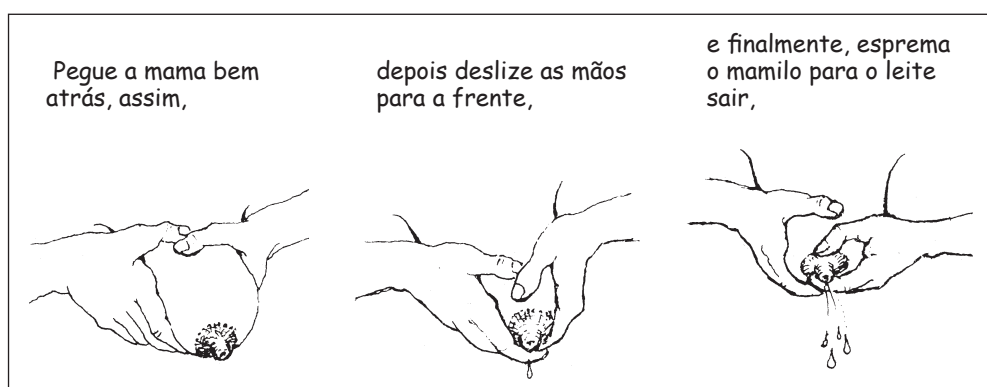
Algumas vezes o bebê não esvazia os seios e estes começam a produzir menos leite.



Por exemplo, quando o bebê adoece e mama pouco, ou deixa de mamar por muitos dias, os seios da mãe deixam de produzir leite. Quando o bebê melhora e começa a mamar outra vez, ele precisa de mais leite, mas não há o suficiente. Por essa razão:

**Quando o bebê está doente e não consegue mamar, a mãe deve tirar o leite com as mãos.**

### COMO ESVAZIAR O PEITO



Outra razão para tirar o leite quando o bebê deixa de mamar é que isso evita que os seios fiquem muito cheios. Quando os seios estão muito cheios, doem e pode desenvolver-se um abscesso. Além disso, é difícil para o bebê chupar bem.

**Mantenha os seios sempre limpos.** Antes de cada mamada, lavar os mamilos com um pano limpo, humedecido.

## Mamilos dolorosos

Os mamilos podem ter fissuras quando o bebê morde no mamilo, em vez de meter a auréola toda na boca.



**Prevenção:**

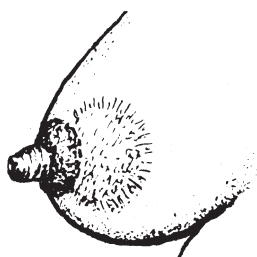
O bebê deve ter todo o mamilo na boca. Não tirar o mamilo antes do bebê acabar de mamar.

**Tratamento:**

É importante que a mãe continue a amamentar o bebê, mesmo que tenha dor. Primeiro deixe-o chupar o peito menos dorido. Deixe de amamentar somente se tem muita dor ou o mamilo deita sangue ou pus. Nesse caso, tire o leite à mão até que o mamilo sare.

## Infecção no peito (mastite) e abscesso

Uma infecção no peito pode ser causada por uma ferida ou um mamilo com fissuras. Isso é comum nas primeiras semanas ou meses da amamentação. Às vezes desenvolve-se um abscesso.

**Sinais:**

Uma parte da mama fica quente, inchada e muito dolorosa. Os gânglios linfáticos debaixo do braço, muitas vezes, ficam doridos e inchados. O abscesso, às vezes, rebenta e deita pus.

**Prevenção:**

Mantenha o seio limpo. Se o mamilo tem uma ferida ou está dorido, amamente o bebê mais vezes, mas por períodos mais curtos.

**Tratamento:**

- ◆ Deixe o bebê continuar a mamar no peito que tem o abscesso, ou tire o leite à mão.
- ◆ Use compressas quentes para aliviar a dor. Tome paracetamol.
- ◆ Administre a primeira dose de antibiótico – penicilina oral (ver pág. 694) ou eritromicina (ver pág. 698) – e transfira a doente para uma unidade sanitária com mais recursos.

## Gravidez ectópica (fora do útero)

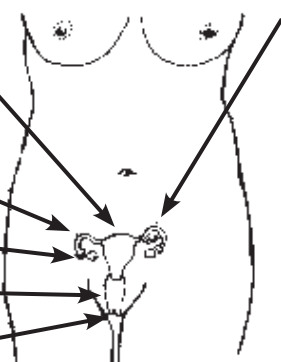
Útero - onde o bebé normalmente se desenvolve.

Trompa.

Ovário - onde os óvulos são produzidos.

Vagina.

Vulva - ou lábios da vagina.



Às vezes, o bebé começa a desenvolver-se fora do útero, numa das trompas que saem dos ovários.

Na gravidez ectópica, a mulher pode ter sangramento menstrual anormal, sinais de gravidez e dores na parte inferior do abdómen.

Um bebé que começa a desenvolver-se fora do útero não sobrevive. Uma gravidez ectópica exige uma operação. Transfira a doente com urgência para uma unidade sanitária com capacidade cirúrgica porque a mulher corre risco de vida.

## Aborto espontâneo

O aborto é a perda do feto (bebé em formação) antes dos 7 meses de gravidez. Chama-se aborto espontâneo, a perda natural do feto.

Os abortos são mais frequentes nos 3 primeiros meses porque o feto pode estar com defeitos (malformado).

A maioria das mulheres tem um ou mais abortos espontâneos (não provocado) durante a vida. Muitas vezes, as mulheres nem se apercebem que estão a abortar. Elas pensam que a menstruação está atrasada, ou faltou, e voltou de uma forma estranha, com maior perda de sangue e coágulos. A mulher deve aprender a reconhecer quando está a abortar, porque isso pode ser perigoso.

**A mulher que tem um sangramento forte depois de lhe faltar um ou mais períodos menstruais, provavelmente está a abortar.**

O aborto é como um parto, porque tanto o feto como a placenta devem ser expulsos. Em geral, o sangramento continua até que o feto e a placenta saiam completamente.

### **Tratamento:**

A mulher deve repousar e tomar paracetamol para as dores. Ela não deve ter relações sexuais durante pelo menos 2 semanas depois do aborto.

Se o sangramento for muito forte, transferir para uma unidade sanitária com mais recursos.

Se a mulher tiver febre ou outro sinal de infecção, **administre a primeira dose de penicilina cristalina** (ver pág. 695) **ou ampicilina** (ver pág. 698), **gentamicina** (ver pág. 701) e **metronidazol** (ver pág. 702) e **transfira a doente para uma unidade sanitária com mais recursos.**

## **Aborto provocado**

A interrupção de uma gravidez antes do bebê estar completamente formado para sobreviver, chama-se **aborto provocado**. Fala-se de "aborto provocado" apenas quando a interrupção é intencional.

Tomar a decisão de interromper a gravidez (fazer ou não um aborto) é difícil. Para tomar essa decisão, a maioria das mulheres precisa de aconselhamento e apoio.

Em geral, os abortos realizados em hospitais ou clínicas por pessoal experiente não causam problemas à mulher. Os abortos realizados no início da gravidez são menos perigosos.



**Quando os abortos são feitos em casa, em condições inadequadas ou por pessoas inexperientes, pode ser extremamente perigoso.** Nos países onde os abortos são proibidos, estes são feitos clandestinamente e constituem uma das maiores causas de morte das mulheres.

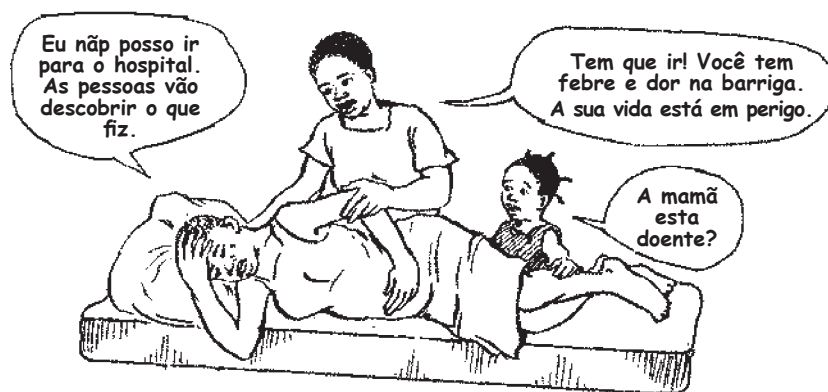
Os métodos usados para provocar o aborto (introdução de paus, raízes ou folhas na vagina ou no útero, toma de medicamentos ou plantas medicinais) podem levar a **hemorragia grave, infecção e morte.**

***Sinais de perigo após fazer um aborto:***

- febre
- dor na barriga
- sangramento forte

A presença destes sinais numa mulher que poderia estar grávida, leva à suspeita de:

- aborto espontâneo ou provocado.
- gravidez ectópica.
- doença inflamatória pélvica (ver pág. 445).



As mulheres com problemas depois de um aborto vão à unidade sanitária, mas muitas vezes têm medo ou vergonha de dizer o que aconteceu na realidade. Outras têm medo ou vergonha de ir à unidade sanitária e só vão quando estão muito doentes. Esta demora pode levar à morte.

**Sangramento forte ou infecção depois do aborto são muito perigosos.**

Administre antibióticos a todas as mulheres com aborto – amoxicilina (ver pág. 696) e metronidazol (ver pág. 702). Isso diminui o risco de infecções e outras complicações.

**Para evitar a gravidez indesejada, faça planeamento familiar (ver capítulo 32).**

## Homens e mulheres que não podem ter filhos (infertilidade)

Às vezes, um homem e uma mulher tentam ter filhos mas não conseguem (a mulher não fica grávida). O homem ou a mulher pode ser estéril (não consegue ter filhos).

### Causas de infertilidade

1. **A infecção crónica**, principalmente a doença inflamatória pélvica (ver pág. 445.), devida às infecções de transmissão sexual, é uma causa comum de infertilidade na mulher. A prevenção e o tratamento correcto, logo após as infecções de transmissão sexual, resultam em menos mulheres inférteis.

2. **Malnutrição**. Em algumas mulheres, a malnutrição pode diminuir a possibilidade de engravidar ou causar a morte do feto.

A mulher que não consegue ficar grávida, ou tem abortos espontâneos, deve comer alimentos nutritivos. Estes podem aumentar a possibilidade de ficar grávida e ter um bebé saudável.

3. **Esterilidade**. Alguns homens e mulheres nunca poderão ter filhos (nasceram estéreis). Eles têm algum problema no corpo (defeito de nascença ou falta de hormonas) que os impede de ter filhos.

4. **Os homens** às vezes não conseguem engravidar as suas mulheres porque têm pouca quantidade de espermatozoides. Às vezes ajuda se ficar vários dias sem ter relações sexuais antes da mulher entrar no “período fértil” (período a meio entre o último período e o próximo). Deste modo, ele poderá ter maior quantidade de espermatozoides quando eles tiverem relações sexuais, aumentando a possibilidade de a mulher ficar grávida.

Se o casal não consegue ter filhos, deve ir a uma unidade sanitária. Pode ser que haja uma chance de serem tratados e conseguir ter filhos.

## Cancro do colo do útero

O cancro do colo do útero (cérvix) é mais comum nas mulheres com mais de 40 anos de idade. Pode ser consequência das infecções de transmissão sexual (ITS).

O primeiro sinal pode ser uma hemorragia ou anemia sem explicação ou então perdas de sangue após as relações sexuais. Existe um teste especial chamado papanicolau para detectar o cancro do colo do útero no início. Sempre que possível, todas as mulheres a partir dos 35 anos devem fazer o teste de papanicolau a cada 2 anos.

Existe também um método de detecção de cancro do colo do útero através da inspecção com ácido acético.

## Cancro da mama

O cancro da mama é o mais frequente na mulher e é sempre perigoso. Geralmente é preciso fazer uma operação. Para que o tratamento seja bem sucedido, é importante que o diagnóstico seja feito precocemente.

Qualquer mulher pode vir a ter cancro da mama mas há certas mulheres que têm maior possibilidade de ter a doença. Por exemplo: as mulheres com mais de 50 anos, as mulheres com história familiar de cancro da mama, mulheres que não têm filhos e as que recebem tratamento hormonal prolongado.

É importante que a mulher conheça o aspecto normal das suas mamas e que faça um auto-exame para notar as alterações nas mamas.

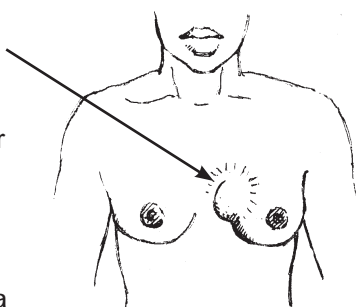
### O que é o auto-exame?

É o exame das mamas efectuado pela própria mulher.

Recomenda-se que o auto-exame seja feito 1 vez por mês.

### QUE SINAIS DE CANCRO DA MAMA PROCURAR?

- **Caroço** (nódulo) ou inchaço numa ou nas duas mamas
- No início, o caroço geralmente não dói nem fica quente, mas pode doer mais tarde
- Pele da mama com afundamento (depressão) anormal, enrugamento ou muitas saliências parecidas com a casca da laranja
- Aumento dos gânglios linfáticos nas axilas, que não doem
- Aumento anormal do tamanho de 1 ou das 2 mamas
- Depressão anormal do mamilo
- Secreção anormal (com sangue, pus) de 1 ou dos 2 mamilos

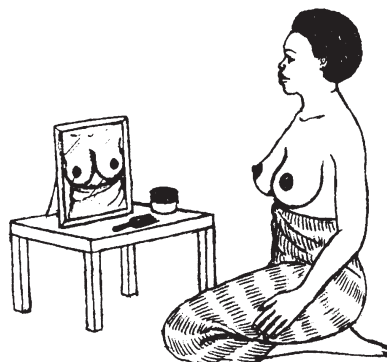


## Como fazer o auto-exame das mamas?

### NO ESPELHO

De pé ou sentada, com os braços ao longo do corpo. **OLHE.**

Examine as mamas com cuidado e observe se há alguma alteração na pele e no mamilo, na forma e tamanho das mamas, enrugamentos ou afundamentos.



Eleve e abaixe os braços. Procure alterações.

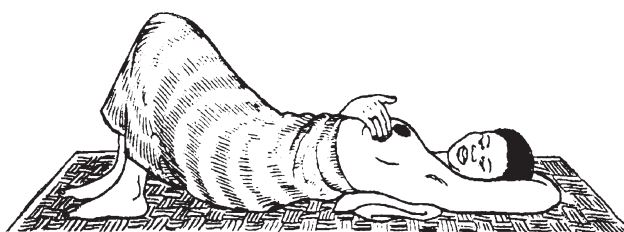
### NO BANHO

Com a pele molhada ou ensaboada, eleve o braço direito e deslize os dedos espalmados da mão esquerda fazendo movimentos circulares suaves sobre a mama direita até à axila. Faça o mesmo na mama esquerda.

### DEITADA

Coloque uma almofada debaixo do lado esquerdo do corpo e a mão esquerda sob a cabeça. Com os dedos espalmados da mão direita, palpe a parte interna da mama esquerda. Mude de posição para o lado direito e apalpe a mama direita.

Com o braço esquerdo ao longo do corpo, palpe a parte externa da mama esquerda até à axila com os dedos espalmados da mão direita. Mude de posição para o lado direito e apalpe a mama direita.



## O que fazer se descobrir alguma alteração?

Se encontrar um nódulo (carço) ou qualquer sinal anormal, vá a unidade sanitária.

Um carço nem sempre significa cancro da mama. A maioria dos nódulos não é cancerosa. Mas, como o cancro da mama é muito perigoso, é importante saber se o nódulo é canceroso. Vá à unidade sanitária o mais cedo possível.