

# Seção 3

A construção de um protocolo de cuidados à mulher durante a gestação e o puerpério

Por que prestar assistência à mulher que está num estado fisiológico e natural, passando por uma gestação? Para que ela deve ter assistência, consultas, orientações, vacinas e exames?

Em torno de 75% das gestantes não desenvolvem complicações. Entretanto, 25% delas apresentam alto risco envolvendo duas vidas: a da gestante e de seu futuro recém-nascido.

Você deve estar atento para a detecção desses riscos, sendo este um dos objetivos principais da assistência pré-natal. O cuidado básico no período pré-natal pode contar com ações que variam do simples ao complexo. A qualidade da assistência não é, necessariamente, proporcional à sofisticação da tecnologia utilizada, uma vez que a maioria dos agravos pode ser prevenida por tecnologias de pouca complexidade e custo.

A morte materna obstétrica acontece por causas evitáveis em mais de 90% dos casos. As principais causas são as infecções, doenças hipertensivas e hemorragias. Todas preveníveis!

Considerando esse cenário, vamos abordar nesta seção 3, em quatro partes, a assistência à mulher durante a gestação. Serão discutidos a organização de um protocolo de assistência à gestante com captação precoce, o calendário de consultas, as rotinas nos atendimentos e os grupos de gestantes; o acompanhamento do pré-natal por meio de avaliação clínica e laboratorial com detecção de risco gestacional; a orientação à gestante quanto ao desenvolvimento da gravidez, parto e puerpério; e a detecção do risco gestacional e encaminhamento para níveis mais complexos de assistência.

Esperamos que, ao final desta seção, você consiga

1. analisar a assistência desenvolvida pela sua equipe às mulheres gestantes e puérperas;
2. elaborar uma proposta de reestruturação da atenção pré-natal em seu território e/ou município.

## Parte 1

# Bases para a elaboração de um protocolo de cuidados à gestante

Para que você e sua equipe possam construir ou atualizar o protocolo de cuidados à mulher durante o pré-natal e puerpério, inicialmente é preciso identificar o número de gestantes existente em seu território e a infraestrutura física, laboratorial e de referência. Com essa estimativa, você poderá fazer uma avaliação da cobertura e do planejamento do número de visitas, atendimentos, exames laboratoriais, quantitativo de material gráfico, etc. Se esse dado não estiver disponível, você pode estimar em aproximadamente 4% o percentual de gestantes, numa determinada população feminina.

Outro aspecto que deve ser avaliado diz respeito ao acesso às informações disponíveis na unidade básica de saúde (UBS). Para isso, é necessário saber se os prontuários e outros documentos importantes estão bem preenchidos e acessíveis. Uma boa estratégia para fazer essa avaliação é discutir com a equipe as principais dificuldades encontradas nos registros das informações coletadas das usuárias durante os momentos em que elas procuram o serviço. É importante definir o papel de cada profissional para que seus registros expressem as várias competências envolvidas no cuidado às gestantes e puérperas.

Para construir os protocolos que constituirão a linha de cuidado da assistência à gestante, algumas questões necessitam ser analisadas, inicialmente, para que se tenha a dimensão de como serão as atividades de apoio à gestante, desde o diagnóstico da gravidez até o puerpério. Então vamos lá!

### **1.1| O cartão da gestante está sendo preenchido a cada atendimento?**

O cartão da gestante permite que as informações sobre a saúde da gestante e o acompanhamento de pré-natal sejam de conhecimento de todos os profissionais que vierem atendê-la no ambulatório ou na maternidade. O Ministério da Saúde distribui esse cartão para todos os municípios. Caso a sua unidade não o possua, solicite-o à Secretaria Municipal de Saúde para que você possa implantá-lo no seu serviço.

### **1.2| Como você e sua equipe têm prestado assistência à gestante e à puérpera?**

É importante enfatizar que os protocolos são diretrizes clínicas escritas de maneira mais detalhada, “que constituem recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a partes do processo da condição ou doença de uma rede e em um determinado ponto de atenção à saúde” (MENDES, 2006, p. 23).

A construção de uma linha de cuidados à mulher durante a gestação e o puerpério envolve a participação de toda a equipe de saúde e deve ser elaborada de maneira coletiva. Isso implica pensar em como trabalhar com outros profissionais, isto é, de que maneira o meu trabalho interfere no do outro e vice-versa. É importante estar atento a questões como: o meu trabalho ajuda, acrescenta, facilita ou atrapalha o trabalho da equipe de saúde? Ressalte-se que um trabalho interdisciplinar e interprofissional exige abertura para ouvir o outro, aprender algo novo, respeitando as diferenças, reconhecendo os limites, a identidade e as particularidades de cada pessoa e profissão (MINAS GERAIS, 2006).

### **1.3| Como é realizado o acolhimento das gestantes que estão sob a responsabilidade de sua equipe?**

É no cotidiano dos serviços de saúde que as atitudes e ações entre os profissionais da equipe de saúde e as usuárias dão visibilidade ao que denominamos humanização. Como exemplo de acolhimento, pode ser

citada a maneira cordial de atender as usuárias, chamando-as pelo nome e também se apresentando, escutando com atenção e valorizando o que é dito, fornecendo as informações sobre os procedimentos e condutas, incentivando a presença de um acompanhante, quando necessário (BRASIL, 2008c ). No entanto, acolher é mais do que um tratamento cordial. Significa o provimento de recursos necessários para a assistência, a organização de protocolos com procedimentos que comprovadamente tragam benefícios à mulher e ao conceito.

Salienta-se, também, a necessidade do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, com garantia de privacidade e autonomia e o compartilhamento das decisões e condutas a serem tomadas. Implica, também, a garantia de encaminhamento para serviços de referência que realmente possam assisti-las nos momentos das intercorrências e durante o pré-natal, parto e puerpério.

Assim, acolher significa respeitar a autonomia e o protagonismo das mulheres, valorizando a corresponsabilidade, a construção de vínculos solidários e a participação coletiva, tanto no processo de atenção como na gestão (BRASIL, 2008d ).

#### **1.4| Como é realizado por sua equipe o acompanhamento da participação das gestantes nas atividades desenvolvidas no pré-natal?**

Este é um ponto crucial no trabalho de toda equipe: como ter à mão os dados relativos à participação das gestantes nas atividades propostas. Uma ficha preenchida no momento do cadastro da gestante contendo sua identificação, data provável do parto e data da próxima consulta pode ser suficiente para esse controle. Ela poderá ser colocada em um arquivo, mês a mês (ou semana a semana), de acordo com a data marcada para o próximo retorno. Ao final de cada mês (ou semana), só restarão na pasta respectiva daquele mês (semana) as fichas das gestantes faltosas. As demais deverão ter mudado de pasta para aquela relativa à data do próximo retorno (a exemplo do cartão espelho da vacina). Esse controle permitirá à sua equipe organizar visitas domiciliares para saber o motivo das faltas. O mesmo tipo de registro pode ser feito em relação à participação nas atividades educativas.

### 1.5| Quantas consultas estão sendo disponibilizadas para cada gestante?

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b), o calendário das consultas de pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam mais risco materno e perinatal. É fundamental que ele seja iniciado precocemente, ou seja, no primeiro trimestre. Assim, o número mínimo de consultas de pré-natal deverá ser de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. O espaçamento menor das consultas no último trimestre visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal (BRASIL, 2005b).

Em uma situação ideal, o acompanhamento poderia ser mensal até o sétimo mês, quinzenal até o oitavo e semanal até o parto. Consultas intercaladas entre médicos e enfermeiros proporcionam assistência mais completa e possibilita o acompanhamento mais frequente.

A avaliação odontológica também é fundamental e representa ganho na qualidade da assistência. Lembre-se de que a assistência pré-natal estende-se até o parto, não existindo “alta”. É na consulta pós-parto que se encerra esse ciclo assistencial do pré-natal.

Uma vez levantados os aspectos gerais relativos à organização do pré-natal, agora vamos aprofundar o conhecimento em relação às ações que constituem a avaliação do estado de saúde da gestante. Mas, antes, vamos refletir sobre uma situação hipotética de atenção pré-natal.

## Atividade 5

### Leia a situação a seguir:

"MSPN, 32 anos, residente na periferia de uma cidade de médio porte, tem escolaridade primária, é casada há sete anos, profissão do lar, está na quinta gestação; teve dois partos e dois abortos (G5P2A2). Os partos foram por cesariana, o último há dois anos, época de sua última consulta nas ações programáticas de saúde da mulher. Tem dois meninos, com seis e dois anos, respectivamente, e o segundo filho nasceu prematuro, com 34 semanas, pois MSPN teve aumento de pressão arterial. Responsável por todas as tarefas domésticas e pelos cuidados aos filhos, só comparecia à unidade básica de saúde para controle periódico de hipertensão arterial, estando bem controlada com o uso de hidroclorotiazida e propranolol. Em um desses atendimentos, referiu atraso menstrual de três meses; fez teste de gravidez e foi encaminhada para o pré-natal. Fez duas consultas de pré-natal, sendo a primeira com 24 semanas, quando apresentava pressão arterial de 130/80 mmHg. O médico suspendeu os anti-hipertensivos e solicitou os exames da rotina pré-natal. Retornou com 29 semanas com ganho de seis quilos, edema de ++++/++++ e níveis pressóricos de 150/100 mmHg. O médico prescreveu metildopa, 250 mg duas vezes ao dia e agendou retorno após sete dias. Foi orientada a procurar um serviço com pré-natal de alto risco, sendo indicado o hospital que oferecia esse tipo de assistência. Dez dias após esse atendimento, a gestante deu entrada na Maternidade, apresentando bradicardia, hemorragia genital e transtorno de consciência, evoluindo para parada cardiorrespiratória e óbito. Foi realizada cesariana de emergência, sendo encontrado hemoperitônio. O recém-nascido viveu por mais seis horas. Foi constatado óbito e solicitado necropsia. O laudo do Instituto Médico Legal atestou que a usuária completara 36 semanas de gravidez e atestou as hipóteses diagnósticas de eclâmpsia, com descolamento prematuro de placenta."

Analise a situação apresentada tendo como referência, entre outros aspectos: ações de planejamento familiar, atenção pré-natal, integralidade da atenção, responsabilidade da equipe, uso de protocolo.

Vamos discutir no fórum.

Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.



## Parte 1

# Bases para a elaboração de um protocolo de atenção pré-natal com detecção de risco gestacional

Uma vez levantados os aspectos mais gerais em relação à organização do pré-natal, vamos aprofundar o conhecimento sobre as ações que devem constar no protocolo de avaliação do estado de saúde da gestante e que contribuem para a garantia da integralidade da assistência à mulher.

Iniciamos com a anamnese e o exame físico, para o que disponibilizamos informações detalhadas no Apêndice A. Após a anamnese e exame físico, a equipe deverá fazer a análise de dados, avaliação de risco e formulação de diagnósticos, solicitação de exames, prescrições de medicamentos e vacinas, orientações gerais com explicações sobre as condutas. Não se esqueça do preenchimento completo do prontuário e do cartão da gestante, no qual deverá estar indicada, também, a data do retorno.

A prescrição de medicamentos por qualquer profissional da equipe deve ser discutida com o médico que está fazendo o acompanhamento da mulher. Além disso, no caso do enfermeiro, a prescrição de medicamentos está condicionada ao seu estabelecimento em “programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde” segundo a Lei 7498/86 que regulamenta o exercício profissional da enfermagem (BRASIL, 1986).

## 2.1| Que exames laboratoriais devem ser realizados durante o pré-natal?

Alguns exames são obrigatórios e devem ser solicitados na primeira consulta. São eles:

- grupo sanguíneo e fator Rh, com realização periódica do teste de Coombs indireto para aquelas com fator Rh negativo;
- hemograma;
- exame para toxoplasmose;
- glicemia de jejum;
- VDRL (Venereal Disease Research Laboratory test);
- anti-HIV deverá ser oferecido a todas as gestantes, com aconselhamento pré e pós-teste;
- exame de urina de rotina (EUR).

A bacteriúria assintomática deve ser tratada nas gestantes, pois pode levar a infecções perinatais e parto prematuro, entre outros riscos; a urocultura deverá também ser realizada.

A repetição de dosagem de hemoglobina, VDRL, anti-HIV, glicemia e EUR, no terceiro trimestre, é também muito importante.

Caso o serviço de saúde onde sua equipe esteja inserida possibilite, o pré-natal poderá ganhar muito em qualidade se também fizerem parte da rotina os seguintes exames:

- pesquisa de HbsAg;
- ultrassonografia fetal; e
- exame imunológico para rubéola.

Considerando-se que não existe nenhuma ação ou tratamento que possa interferir na transmissão vertical da rubéola, esse exame serve para diagnóstico sorológico materno, predição de risco para rubéola congênita e indicação de futura vacinação. Contudo, deve-se avaliar a relação custo/benefício antes de inseri-lo na rotina de pré-natal.

Para fazer uma revisão em relação aos exames complementares solicitados no pré-natal, proceda à leitura do texto "Avaliação e condutas em relação aos principais exames laboratoriais solicitados à gestante durante o pré-natal", que se encontra no Apêndice B.

## 2.2| Como tem sido o acompanhamento da saúde bucal das gestantes pela sua equipe de Saúde da Família?

O estado da saúde bucal apresentado durante a gestação tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar na saúde geral e bucal do recém-nascido (BRASIL, 2008e ). Assim, a equipe de Saúde da Família deve trabalhar integrada no acompanhamento da saúde bucal da gestante. A avaliação clínica realizada nas consultas pré-natais deve incluir a avaliação bucal por parte dos profissionais de saúde. Devem ser garantidos, também, a avaliação e o tratamento individual odontológico para controle de placa bacteriana, além de medidas odontológicas preventivas que garantam conforto à gestante e a continuidade do tratamento após a gravidez (BRASIL, 2008e ).

Embora as exodontias ou cirurgias não sejam contraindicadas, a possibilidade de realização do procedimento após a gravidez deve ser avaliada. A doença periodontal, por outro lado, também é resultante da gravidez. A resposta do periodonto é influenciada pelas alterações na composição da placa subgengival, resposta imune da gestante e a concentração de hormônios sexuais. É importante ressaltar que a gravidez acentua a resposta gengival, modificando o quadro clínico em usuárias que já apresentam falta de controle de placa (BRASIL, 2008e ).

Em cada período de gravidez, os seguintes aspectos devem ser considerados:

- 1.º trimestre: é o período menos adequado para tratamento odontológico devido às principais transformações embriológicas. Nesse período, devem-se evitar, principalmente, tomadas radiográficas.
- 2.º trimestre: é o período mais adequado para a realização de intervenções clínicas e procedimentos odontológicos essenciais, de acordo com as indicações.
- 3.º trimestre: é prudente evitar tratamento odontológico nesse período devido ao risco de hipotensão postural. O desconforto na cadeira odontológica é muito frequente. Assim, somente as urgências devem ser atendidas, observando-se os cuidados indicados em cada período da gestação (BRASIL, 2008e ).

Quando houver necessidade do emprego de medicamentos ou uso de anestésico local, o médico deve ser consultado. A tetraciclina deve

ser evitada, pois pode causar pigmentação nos dentes do recém-nascido como efeito colateral. Se for necessária a realização de radiografias, a gestante deve ser protegida com avental de chumbo e protetor de tireoide e, se possível, deverão ser utilizados filmes ultrarrápidos (BRASIL, 2008e).

Os dentes decíduos dos recém-nascidos começam sua formação a partir da sexta semana de vida intrauterina e os dentes permanentes a partir do quinto mês de vida intrauterina. Dessa maneira, o uso de medicamentos, a ocorrência de infecções e as deficiências nutricionais devem ser evitados porque podem acarretar problemas nos dentes dos recém-nascidos (BRASIL, 2008e).

Para ler mais sobre os cuidados com a saúde bucal da gestante (e da criança) consulte:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012f. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno\\_atencao\\_pre\\_natal\\_baixo\\_risco.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf). Acesso em: 31 mai. 2013.

Cecilia, como havia espaço acrescentei o Manual de Pre-natal, já inclui na bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2008d. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2012.

SERVIÇO SOCIAL DO COMERCIO. Divisão Nacional. Manual técnico de educação em saúde bucal. Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manualTecnicoEducacaoSaudeBucal.pdf>

### **2.3| Você sabe como indicar a vacinação antitetânica para a gestante?**

Embora o calendário de vacinação da gestante seja de ampla divulgação, observamos no cotidiano do trabalho da equipe de saúde a ocorrência de alguns equívocos em relação à indicação da vacina antitetânica. A imunização da gestante previne o tétano neonatal e está disponível em todo o território nacional sob a forma de vacina dupla (tétano e difteria) ou toxoide tetânico.

**Vamos recordar!**

- Gestante sem imunização prévia: primeira dose até o quarto mês e as duas seguintes com intervalo de 30 a 60 dias; ou seja, segunda dose até o sexto mês; terceira dose: até o oitavo mês.
- Gestante vacinada previamente, até há cinco anos: considerá-la imune; se há mais de cinco anos, aplicar dose de reforço.
- Gestante com imunização incompleta: completar dose(s) faltante(s).
- Reforços: de 10 em 10 anos; a dose de reforço deve ser antecipada se nova gestação ocorrer após cinco anos.

OBSERVAÇÃO: a última dose deve ser aplicada até 20 dias antes da data provável do parto. Portanto, fique atento aos prazos para não perder as oportunidades de atualização do calendário de vacinação durante as visitas da gestante à unidade básica de saúde! Mantenha também um registro dessa vacina.

## 2.4| Como sua equipe tem desenvolvido as atividades educativas com as gestantes e puérperas do seu território e/ou município?

Inicialmente, salientamos que um grupo pode constituir-se em rico espaço de socialização para a mulher, onde suas dúvidas, crenças, temores, convicções serão acolhidos e compartilhados. Este é um espaço importante tanto para as informações básicas sobre as modificações, os sinais e sintomas fisiológicos em cada fase da gravidez, cuidados com o corpo, com as mamas, amamentação e cuidados com o recém-nascido, quanto para refletir sobre os aspectos mais subjetivos como medo do parto, sexualidade e expectativas em relação à criação de um filho.

A seguir, faremos uma breve revisão de como abordar as principais queixas da gestante, em sua maioria, decorrentes de adaptações maternas ao estado gravídico. Esclarecimentos tranquilizadores sobre eles, durante os grupos de gestantes e as consultas de pré-natal, evitarão que consultas extras desnecessárias sejam solicitadas.

### 2.4.1| Êmese e hiperêmese

São mais comuns no primeiro trimestre, mas podem estender-se ao longo da gestação. Orientações dietéticas com recomendação de refeições leves e frequentes, incluindo alimentos sólidos, gelados e secos, podem

minimizar o incômodo e a perda de peso. Alimentos gordurosos devem ser evitados, assim como líquidos durante as refeições. Se necessário, o médico poderá prescrever medicamentos tais como metoclopramida, bromoprida ou dimenidrato.

Nos casos de hiperêmese, com vômitos incoercíveis e inapetência, pode haver distúrbio hidroeletrólítico e você deve encaminhar a gestante para tratamento hospitalar na maternidade.

#### **2.4.2| Varizes**

As varizes resultam de predisposição genética e podem se apresentar como manchas leves até dilatação intensa das veias, formando cordões varicosos com dor local e mal-estar, podendo contribuir para o edema dos membros inferiores. As varizes vulvares tendem a regredir completamente após o parto e não contraindicam o parto normal. Você deverá orientar para a elevação dos membros inferiores, não ficar em pé na mesma posição por muito tempo e para o uso de meias compressivas.

#### **2.4.3| Hemorroida**

É bastante frequente devido, em grande parte, à elevada pressão sobre o útero grávido e à constipação intestinal. Costumam surgir a partir do segundo trimestre da gestação. Podem ser úteis as orientações para uma alimentação rica em fibras e líquidos, sem alimentos condimentados, evitando-se o uso de papel higiênico. Avalie necessidade de medicações de acordo com a clínica – cremes anestésicos locais, laxantes, trombolíticos locais.

#### **2.4.4| Câimbras**

As câimbras – contrações espasmódicas e dolorosas de um grupo de músculos, principalmente dos membros inferiores – são bastante comuns na segunda metade da gestação. Na orientação preventiva, você deverá abordar os fatores desencadeantes – posturas inadequadas, uso de salto alto, movimentos bruscos – e, como tratamento, dependendo da intensidade e frequência do incômodo, podem ser prescritos vitamina B, sais de cálcio, miorrelaxantes, fisioterapia e calor local.

### 2.4.5| Dor abdominal e lombar

Você certamente atenderá muitas gestantes com essas queixas. É fundamental realizar anamnese e exame físico detalhados para diferenciar os frequentes incômodos fisiológicos decorrentes das próprias modificações abdominais, das dores que traduzem doenças. Também é importante verificar se não são contrações uterinas, avaliando o grau de apagamento e dilatação do colo do útero. As lombalgias frequentemente melhoram com correção da postura, técnicas de relaxamento e uso de sapatos adequados, baixos e confortáveis.

Caso necessário, o médico da equipe poderá prescrever analgésico. É importante, também, que a gestante seja orientada para os períodos de repouso em decúbito lateral e uso de cinta elástica.

### 2.4.6| Flatulência e constipação intestinal

Na gestação, o tempo de esvaziamento gástrico aumentado e o trânsito intestinal mais lento favorecem ainda mais a constipação intestinal, já tão frequente entre as mulheres. Suas orientações dietéticas devem ser para estimular a ingestão de fibras (frutas cítricas, verduras, mamão, ameixas e cereais integrais) e restringir alimentos que fermentam muito (repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar). Alguns medicamentos podem ser úteis: dimeticona (flatulência), fibras e supositório de glicerina (constipação intestinal).

### 2.4.7| Corrimento vaginal

Com o aumento da vascularização vaginal, há uma modificação da parede vaginal para um tom mais violáceo e aumento considerável de secreção, que se apresenta branca e espessa. Você deve fazer a avaliação por meio do exame especular. Caso haja sinais de vaginite ou vaginose, trate com as drogas adequadas ao período gestacional. Esta é uma ação importante na prevenção da infecção puerperal!

### 2.4.8| Sangramento gengival

Problemas gengivais já existentes tendem a exacerbar-se durante a gestação, com edema, hiperemia e sangramento com mais facilidade. Portanto, é necessário que você oriente sobre uma boa higiene bucal,

escovação e cuidados adequados com os dentes, que podem (e devem) ser avaliados e tratados. A diminuição da capacidade fisiológica do estômago faz com que a gestante passe a ingerir alimentos em menores quantidades, mas com mais frequência, o que pode aumentar o risco de cárie dentária.

É importante que as gestantes sejam ouvidas sobre os seus problemas, crenças e tabus, cabendo à equipe respeitá-las e responder a elas de forma clara, mostrando as mudanças que ocorrem na boca durante a gravidez, enfatizando a importância da higiene e estimulando o autocuidado e os hábitos de vida saudável (BRASIL, 2008e).

## 2.5| Quais os cuidados que a sua equipe tem dispensado no puerpério?

Os cuidados com as puérperas começam ainda na maternidade, com avaliação imediata após o parto: pressão arterial, pulso, avaliação de lóquios, útero, temperatura. O estímulo à deambulação precoce ajuda na redução de complicações vesicais e da constipação intestinal e atua na prevenção de fenômenos tromboembólicos.

A equipe deve garantir que a puérpera seja avaliada no quinto dia (ou, no máximo, até o 10º dia) após a alta, quando ela terá oportunidade de trazer notícias do parto e de ser acompanhada para avaliação de complicações, cuidados com o recém-nascido, vacinação e orientações no caso de dificuldades na amamentação. Uma avaliação mais tardia (entre 30 e 40 dias) deve ser agendada para revisão do parto e planejamento familiar.

### **Estratégia “5º dia - 5 ações” ou Primeira Semana de Saúde Integral:**

cinco ações básicas são indicadas na consulta – da mãe e do recém-nascido – do quinto dia pós-parto:

1. verificação de icterícia neonatal e do estado geral do recém-nascido;
2. coleta de material para teste do pezinho;
3. vacinação do recém-nascido contra hepatite B, e com o BCG;
4. avaliação puerperal;
5. vacinação materna contra rubéola.

É importante conhecer as modificações normais que ocorrem na mulher no período do puerpério para que sejam prontamente diagnosticadas e tratadas as anormalidades desse período. Um expressivo percentual das mortes maternas evitáveis ocorre nesse período do ciclo gravídico-puerperal, devido às hemorragias e às infecções.

É frequente a queixa de que, após o parto, a atenção dos profissionais de saúde se desloca quase que exclusivamente para a criança, ficando a mulher em segundo plano, ou, muitas vezes, em plano nenhum. Isso tem ocorrido na equipe em que você atua?

#### **VAMOS RECORDAR!**

O puerpério é o período do ciclo grávido-puerperal em que o organismo da mulher retorna à situação do estado pré-gravídico. Ele apresenta três fases:

- imediato: primeiro ao 10.º dia;
- tardio: 11.º ao 42.º dia;
- remoto: a partir do 43.º dia.

Como você sabe, a involução uterina ocorre imediatamente após o parto e o útero logo atinge a cicatriz umbilical. Regrida então 1 cm/dia, até tornar-se pélvico em mais ou menos 10 dias, quando o colo já não se apresenta mais pérvio ao toque. Após quatro semanas, o útero alcança o tamanho não gravídico. Você deve orientar a puérpera a estar atenta aos sinais de alerta nesse delicado período. Nesse sentido, a avaliação dos lóquios tem importância, sabendo-se que são:

- sanguíneos até o quinto dia,
- serossanguíneos do quinto ao 10.º dia, e
- serosos a partir do 10.º dia.

O mau odor e aspecto purulento dos lóquios estão relacionados à endometrite que, quanto mais precocemente diagnosticada e tratada, menos grave será. Os lóquios sanguíneos excessivos podem ser devidos à retenção intrauterina de restos placentários; a curetagem oportuna poderá evitar a anemia e a infecção. A vigilância da temperatura corporal também é um cuidado importante. Fisiologicamente, ela pode alcançar até 37,9oC nas primeiras 24 horas e elevar-se novamente por volta do quarto dia, coincidindo com ingurgitamento mamário.

#### **Atenção!**

Esteja alerta para a temperatura axilar igual ou superior a 38,0oC após 24 horas do parto em pelo menos duas medidas com intervalo de quatro horas. Até prova ao contrário, a suspeita diagnóstica é de infecção do trato geniturinário.

Ainda em relação a ocorrências no período puerperal, no hemograma podem estar normalmente presentes leucocitose sem desvio para esquerda,

trombocitose, linfopenia relativa, eosinopenia absoluta. Hemoglobina e hematócrito flutuam, retornando à normalidade após duas semanas.

Também é normal certa atrofia vaginal após o parto. Na terceira semana de puerpério, as pregas vaginais reaparecem. A mulher deve estar ciente de que pode ocorrer incontinência urinária transitória até três meses após o parto.

O peso corporal apresenta perda de cinco a seis quilos no dia do parto (recém-nascido, placenta, líquido amniótico, perda sanguínea) e mais dois a três quilos com a diurese puerperal. Geralmente retorna ao peso pré-gestacional em geral após seis meses.

O retorno da menstruação e ovulação é bastante variável, principalmente na vigência de aleitamento materno exclusivo, podendo ocorrer entre o segundo e o 18º mês. Nas mulheres que não amamentam, os ciclos geralmente retornam entre a sexta e oitava semanas.

Vamos abordar, agora, alguns aspectos específicos:

### **2.5.1| Aleitamento materno**

A garantia de uma amamentação tranquila começa no pré-natal, com a orientação sobre os benefícios do aleitamento e os cuidados com as mamas, a partir do uso adequado de sutiãs, aeração das mamas, banhos de sol e hidratação da pele. É importante informar à gestante as vantagens do colostro para o recém-nascido e a descida do leite que ocorre entre o primeiro e o quinto dia de puerpério. Caso o ingurgitamento mamário seja acentuado, oriente para o uso de bolsa de gelo e analgésicos. Se necessário, realizar esvaziamento mamário sob orientação.

### **2.5.2| Inibição da lactação**

Caso haja contraindicação para a amamentação, como no caso do uso de medicamentos incompatíveis com aleitamento, infecção pelo HIV, morte perinatal ou mastite complicada, a primeira conduta deverá ser o enfaixamento das mamas. Compressas frias e analgésicos ajudam a aliviar o desconforto. Se forem necessários medicamentos, o médico da equipe poderá prescrever a carbegolina (Dostinex®, 0,5mg, 2 comprimidos, via oral) ou o hexahidrobenzoato de estradiol (Benzoginoestril AP®, 1 ampola (5mg), via intramuscular a cada 24 horas – 2 doses).

### 2.5.3| Depressão pós-parto

Certa tristeza é comum nas puérperas (melancolia pós-parto ou puerperal blues) e geralmente cede até o 10º dia. Se a mulher contar com apoio psicológico e estiver orientada e consciente de que se trata de fenômeno fisiológico e autolimitado, provavelmente passará melhor por essa fase. Caso o quadro se agrave ou não ceda espontaneamente, avalie a necessidade de acompanhamento com psicólogo e prescrição de antidepressivos. Atente para sintomas de tristeza, agressividade, rejeição ao recém-nascido, pois pode se tratar de depressão pós-parto (DPP).

A DPP é um quadro clínico grave e agudo que requer acompanhamento psicológico e psiquiátrico e, de acordo com a gravidade dos sintomas, há que se considerar o uso de medicação. Todo ciclo gravídico-puerperal é considerado período de risco para o psiquismo devido à intensidade da experiência vivida pela mulher. Essa experiência pode incidir sobre psiquismos mais ou menos estruturados. Mesmo mulheres com boa organização psíquica podem se ver diante de situações em que a rede social falha. A DPP acomete entre 10% e 20% das puérperas, podendo começar na primeira semana após o parto e perdurar até dois anos.



#### Atenção!

Para complementar o estudo, leia o artigo “Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna” (IACONELLI, 2005).

### 2.5.4| Infecções puerperais mais frequentes

Tendo em vista a frequência e o risco das infecções puerperais, apresentaremos um breve esquema destacando os principais aspectos clínicos, tratamento e cuidados.

#### I - Infecção uterina (endometrite)

- a. Quadro clínico: febre, calafrios, dor abdominal, lóquios fétidos, leucocitose com desvio para a esquerda, dor à palpação de paramétrios.
- b. Fatores predisponentes:
  - cesariana;
  - rotura prematura das membranas;
  - trabalho de parto prolongado;

- múltiplos exames cervicais;
  - monitorização fetal interna;
  - parto múltiplo;
  - baixa condição socioeconômica;
  - colonização vaginal por estreptococo beta-hemolítico,
  - clamídia, micoplasma, Gardnerella.
- c. Bacteriologia
- aeróbios: estreptococo A, B e D; enterococos; *E. coli*; *Klebsiella*; *Proteus*; estafilococos;
  - anaeróbios: peptococos, peptoestreptococo, bacteroides, clostrídio, fusobacteria;
  - outros: micoplasma, clamídia.
- d. Patogenia: envolve basicamente decídua e miométrio adjacente.
- e. Tratamento:
- pós-parto normal, com estado geral bom: antibiótico;
  - pós-parto normal, com comprometimento do estado geral: internação + antibiótico;
  - pós-cesariana: internação + antibiótico.

## II - Infecção de ferida cirúrgica

- a. Quadro clínico: bordas vermelhas, edemaciadas, deiscência de sutura, exsudação de material seroso, serossanguinolento ou purulento, dor local;
- b. Fatores predisponentes: obesidade, diabetes, imunossupressão, anemia, hemostasia deficiente, parto múltiplo;
- c. Tratamento médico:
- sem comprometimento do estado geral: antibiótico;
  - com comprometimento do estado geral: internação e uso de antibiótico;
  - abscesso: drenagem cirúrgica e uso de antibiótico.

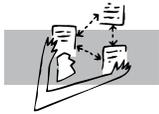
## III - Mastite

- a. Quadro clínico: os sintomas geralmente surgem após a primeira semana, ocorrendo acometimento unilateral, ingurgitamento, calafrios, febre, taquicardia, mama vermelha, dolorosa;
- b. Etiologia: *S. aureus*;
- c. Tratamento: manutenção da amamentação, uso de antibiótico e drenagem cirúrgica em caso de abscesso.



### Atenção!

Leia as recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral e o Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, do Manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010g), no site: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso\\_gestantes\\_2010\\_vf.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_gestantes_2010_vf.pdf)



### Atividade 6

Faça uma análise da assistência pré-natal prestada por sua equipe de Saúde da Família, tendo por referência os seguintes itens:

- número de gestantes de seu território / por trimestre de gravidez;
- número de consultas pré-natais disponíveis na UBS;
- taxa de mortalidade materna;
- principais intercorrências e riscos que acometem as gestantes do seu território e/ou município;
- número de exames básicos pactuados pelo seu município;
- referência para intercorrências, parto normal/cesáreo e de alto risco;
- atividades educativas em grupo para as gestantes e puérperas.
- como são acompanhadas as puérperas e recém-nascidos na **Primeira Semana de Saúde Integral** - cinco ações básicas.

Com base nesses dados e na observação do seu cotidiano, elabore uma análise reflexiva sobre a assistência ao pré-natal e ao puerpério em seu município.

Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.