

# O caminho da cegonha

Dr. Jean Carl Silva (Org.)

3.<sup>a</sup> edição

Joinville – SC

2017

ABEU  
Associação Brasileira  
das Editoras Universitárias

EDITORA  
univille

univille





**Fundação Educacional da Região de Joinville – Furj – Mantenedora**

**Presidente**

Sandra Aparecida Furlan

**Vice-Presidente**

Alexandre Cidral

**Diretor Administrativo**

José Kempner

**Universidade da Região de Joinville – Univille – Mantida**

**Reitora**

Sandra Aparecida Furlan

**Vice-Reitor**

Alexandre Cidral

**Pró-Reitora de Ensino**

Sirlei de Souza

**Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação**

Therezinha Maria Novais de Oliveira

**Pró-Reitora de Extensão e Assuntos Comunitários**

Yoná da Silva Dalonso

**Pró-Reitor de Infraestrutura**

Claiton Emilio do Amaral

**Diretor do Campus São Bento do Sul**

Gean Cardoso de Medeiros

**Parque de Inovação Tecnológica de Joinville e Região – Inovaparc – Mantida**

**Diretor Executivo**

Victor Rafael Laurenciano Aguiar

**Campus Joinville**

Rua Paulo Malschitzki, 10

Campus Universitário

Zona Industrial

CEP 89219-710 – Joinville/SC

Tel.: (47) 3461-9000

Fax: (47) 3473-0131

*e-mail:* univille@univille.br

**Unidade Centro – Joinville**

Rua Ministro Calógeras, 439 – Centro

CEP 89202-207 – Joinville/SC

Tel.: (47) 3422-3021

**Campus São Bento do Sul**

Rua Norberto Eduardo Weihermann, 230

Bairro Colonial – Cx. Postal 41

CEP 89288-385 – São Bento do Sul/SC

Tel./Fax: (47) 3631-9100

*e-mail:* secsbs@univille.br

**Unidade São Francisco do Sul**

Rodovia Duque de Caxias, 6.365 – km 8

Bairro Iperoba – CEP 89240-000

São Francisco do Sul/SC

Tel.: (47) 3471-3800

*e-mail:* univille.sfs@univille.br



# O caminho da cegonha

Dr. Jean Carl Silva (Org.)

**Produção editorial**

Editora Univille

**Coordenação geral**

Andrea Lima dos Santos  
Schneider

**Secretaria**

Adriane Cristiana Kasprovicz

**Revisão**

Cristina Alcântara  
Viviane Rodrigues

**Projeto gráfico**

Rafael Sell da Silva

**Conselho Editorial****Membros internos (Univille)**

Profa. Dra. Therezinha Maria Novais de Oliveira  
Profa. Ma. Ágada Hilda Steffen  
Prof. Dr. Alexandre Cidral  
Profa. Dra. Andrea Lima dos Santos Schneider  
Profa. Dra. Berenice Rocha Zabbot Garcia  
Profa. Dra. Denise Monique D. S. Mougá  
Prof. Me. Fabricio Scaini  
Profa. Dra. Liandra Pereira  
Profa. Ma. Marlene Feuser Westrupp  
Profa. Dra. Taiza Mara Rauen Moraes

**Membros externos**

Profa. Dra. Adair de Aguiar Neitzel – Univali  
Profa. Ma. Dayane Clock – IFSC  
Prof. Me. Delcio Pereira – Udesc  
Prof. Dr. Pedro Albeirice – UFSC  
Profa. Dra. Jurema Iara Reis Belli – Udesc

ISBN 978-85-8209-058-9

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da Univille

C183 O caminho da cegonha / organizador Jean Carl Silva – 3. ed. –  
Joinville, SC : Editora da Univille, 2017.

270 p.

1. Gravidez. 2. Mulheres grávidas. 3. Recém-nascidos. 4.  
Obstetrícia. I. Silva, Jean Carl (org.). II. Oliveira, Aline Risson.

CDD 612.63

## **SUMÁRIO**

---

<b>Autores</b> .....	7
<b>Prefácio</b> .....	11
<b>Agradecimento</b> .....	13
<b>Capítulo 1 – Uma gestação saudável</b> .....	15
Planejando sua gravidez.....	15
Maternidade – uma nova experiência .....	20
Pré-natal .....	25
Orientações gerais.....	26
Exames realizados.....	31
Sinais e sintomas comuns na gestação .....	40
Desenvolvimento do seu bebê .....	65
Nutrição da gestante.....	69
Atividade física .....	72
Odontologia para gestantes e seus bebês.....	87
Preparando-se para o nascimento.....	89
O nascimento do bebê.....	92
Cuidados com o recém-nascido .....	111
Pós-parto.....	114
Nutrição da lactante .....	115
Fisioterapia no período pós-natal imediato.....	116
Aleitamento materno.....	128
Avaliações do recém-nascido.....	153
Características do recém-nascido.....	158
Vacinação infantil.....	164
Situações especiais.....	167

<b>Capítulo 2 – Indo para casa... E agora?</b> .....	173
Puerpério .....	173
Chegando em casa com o recém-nascido .....	180
Chegando em casa com um irmãozinho .....	182
Nutrição do bebê .....	183
Algumas situações que as mães poderão enfrentar .....	191
Odontologia para bebês .....	194
Conversa com o oftalmologista .....	197
<b>Capítulo 3 – Pequenas coisas que fazem a diferença</b> .....	201
Desenvolvimento infantil .....	201
Ambiente doméstico seguro .....	204
O choro .....	207
Padrões de sono .....	207
Acompanhamento pediátrico – consultas .....	209
Cuidando do seu bebê .....	210
<b>Capítulo 4 – Situações especiais: pré, peri e pós-natal</b> .....	217
Doenças durante a gestação .....	217
Gestação de alto risco .....	218
Quando procurar a maternidade, independentemente do tempo de gestação .....	244
Gestação nos extremos etários .....	249
Dificuldades comuns com o recém-nascido .....	250
Doenças comuns .....	254
Shantala (massagem para o bebê) .....	257

## **AUTORES**

---

### **Aline Risson de Oliveira**

Acadêmica do curso de Medicina da Univille

### **Anelise Darabas dos Santos**

Acadêmica do curso de Medicina da Univille

### **Camila de Souza Oliveira**

Acadêmica do curso de Medicina da Univille

### **Carlo G. de C. Wille**

Médico – Oftalmologista

Coordenador da Oftalmologia do Hospital Dona Helena

Especialista em retina e vítreo pelo Instituto de Oftalmologia Tadeu

Cvintal Fellow: Hollis Eye (USA)

### **Carmem Luiza Lucht Gascho**

Acadêmica do curso de Medicina da Univille

### **Carolina Elisa Froidi Vieira**

Acadêmica do curso de Medicina da Univille

### **Cláudia Cristina Lovatel**

Acadêmica do curso de Medicina da Univille

### **Daffne Fuzo Guerreiro Souza Ignácio**

Acadêmica do curso de Medicina da Univille

### **Danieli Mayumi Kimura Leandro**

Acadêmica do curso de Medicina da Univille

### **Eliane F. Radünz**

Fisioterapeuta

Pós-graduada em fisioterapia ortopédica e traumatológica

Fisioterapeuta do grupo de gestantes diabéticas e da maternidade do Hospital Dona Helena



### **Helen Cristhiane Müller Nagano**

Odontopediatra

Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – 2004

Doutora em Odontopediatria pela UFSC – 2010

Habilitada para aplicação de analgesia inalatória relativa ou sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio – 2010

Odontopediatra na Clínica Materno Infantil Vitae

### **Jean C. Silva**

Médico – Ginecologista e Obstetra

Mestre pela Univille

Doutor pela Universidade Federal de São Paulo – Unifesp

Professor do curso de Medicina da Univille

Preceptor da Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Darcy Vargas

Coordenador do ambulatório de gestação de alto risco da Maternidade Darcy Vargas

Organizador do livro

### **Juliana R. S. de Araújo**

Dentista – Odontopediatra

Odontologia para Bebês

Odontologia Intrauterina

### **Juliane Schunke Simas Dressel**

Enfermeira

Pós-graduada em Enfermagem Neonatal e Pediátrica

Mestranda do curso de Saúde e Meio Ambiente da Univille

Consultora domiciliar de amamentação

### **Lisiane Martins**

Acadêmica do curso de Medicina da Univille





**Luciana F. W. de Menezes**

Nutricionista

Especialista em Nutrição Clínica

Coordenadora do Setor de Nutrição do Hospital Dona Helena

**Luciana Ruviano Scorza**

Nutricionista

Especialista em Nutrição Clínica pela Universidade Federal do Paraná – UFPR

Nutricionista da Prefeitura de Joinville na área de Alimentação Escolar

Professora de ensino superior na Associação Educacional Luterana

Bom Jesus – Ielusc. Nutricionista na Clínica Mulher e na Clínica Vitae.

**Maria José V. de Souza**

Psicóloga

Psicóloga do grupo de gestantes diabéticas do Hospital Dona Helena

Pós-graduada em Psicodrama pela Conttexto – Curitiba (PR)

Pós-graduanda em Psicodrama pela Sociedade Educacional de Santa Catarina – Sociesc (cursando)

**Mariana Chamma Ramos**

Acadêmica do curso de Medicina da Univille

**Mariana Ramos Vieira**

Acadêmica do curso de Medicina da Univille

**Mariana Ribeiro e Silva**

Acadêmica do curso de Medicina da Univille

**Patrícia Constantini Kreling**

Médica Residente em Anestesiologia no Hospital Universitário

Cajuru – Curitiba (PR)



### **Raquel da Rocha Pereira**

Médica – Anestesiologista

Mestre em Saúde e Meio Ambiente

Área de atuação em dor

Membro do CET/SBA do Serviço de Anestesiologia de Joinville (SAJ)

Membro da Rede de Humanização do Nascimento (ReHuNa)

### **Renata G. Sfendrych**

Médica – Pediatra e Neonatologista

Pós-graduada em Neonatologia pela Unifesp

Coordenadora do setor de Neonatologia do Hospital Dona Helena

### **Rossana Eskin Gentile**

Cirurgiã-dentista

Especialista em Odontopediatria pela Associação Brasileira de Odontologia – Curitiba (PR)

Especialista em Ortodontia e Ortopedia Facial – cursando

Odontopediatria da Clínica Materno Infantil Vitae

### **Thaís E. Ribeiro**

Pediatra

Graduada pela Universidade Católica de Pelotas (RS)

Residência na área de Pediatria no Hospital da Criança Conceição em Porto Alegre (RS) de 1990 a 1991

Mestrado na área de Saúde e Meio Ambiente pela Univille

Professora da Univille na área de Pediatria de 2002 a 2005 Coautora do livro *Gerando um adulto saudável – Orientações para a gestante com diabetes*

Neonatologista

### **Verônica Tiemi Okamoto**

Acadêmica do curso de Medicina da Univille



## **PREFÁCIO**

---

Este livro tem como objetivo fornecer informações a gestantes e futuras gestantes para que a gestação corra de maneira agradável, para ajudar a mulher a exercer a maternidade em toda a sua plenitude e curtir o desenvolvimento de seu filho, auxiliando-o a ser uma criança saudável, e para facilitar o parto normal e a amamentação.





## **AGRADECIMENTO**

---

Somos muito gratos a Odileia Pacheco Alves e Jeisa Rech Casagrande, que fizeram a revisão do livro. Agradecemos o apoio a este projeto e, com isso, a ajuda para preparar outras gestantes para este período tão sublime na vida de uma mulher.





# CAPÍTULO 1

## UMA GESTAÇÃO SAUDÁVEL



## PLANEJANDO SUA GRAVIDEZ

### O planejamento

*O que tem de ruim em ter filhos ninguém precisa dizer, você pode ver; o que tem de bom não adianta dizer, você precisa sentir.*

O planejamento, ao contrário do que muitos pensam, não é apenas quanto à data em que seu filho vai nascer. Precisamos de planejamento físico, emocional, financeiro, entre outros. Os preparativos iniciam-se ao menos três meses antes da gravidez.

São muitos os sentimentos – alegria, tristeza, preocupação, depressão – que podem aparecer durante o pré-natal. Uma boa estrutura psicológica e um relacionamento marital estável são imprescindíveis para enfrentar essa onda, ou tempestade, de emoções.

Os gastos vão aumentar, e a mulher geralmente trabalha menos. Preocupações financeiras não são saudáveis em nenhum período da vida, principalmente neste. Organize suas finanças para poder curtir sua gravidez.

O marido, parceiro do início ao fim, deve acompanhar sua esposa nas consultas médicas, nos exames e no parto. A sua participação não termina com o nascimento, mas efetivamente começa com o parto: trocando fraldas, dando banho etc. O marido deve estar preparado para participar.

## A decisão de ter filhos

A decisão de ter filhos é sempre mais difícil se usarmos a razão e mais fácil se usarmos a emoção. Porém é preciso um equilíbrio entre a razão e a emoção para que essa decisão seja tomada. Pela emoção teremos um filho ao ano, pela razão terminaremos sós.

Planejar o segundo filho é mais complicado que o primeiro, pois sabemos do trabalho e das responsabilidades da paternidade/maternidade e não temos o amor pelo segundo filho ainda. Aliás, uma grande dúvida dos casais é se vão ter pelo segundo o mesmo amor que têm pelo primeiro, e a resposta é sim. O amor não se divide, ele se soma.

No planejamento do terceiro, “não sou louco” é a resposta padrão. Se colocarmos um pouco de razão na balança não haverá um terceiro. Na minha opinião<sup>1</sup>, o terceiro é um presente maravilhoso, já que os outros foram opção. Não à toa existe o ditado “a raspinha do tacho é a alegria da casa”.

É muito comum o desespero diante de uma gravidez não planejada, mas o tempo é um santo remédio. Espere, pense e converse com alguém. O desespero vai passar, e às vezes um sentimento de culpa pode aparecer – “rejeitei meu filho”. Se isso acontecer, saiba que aquela reação foi normal, e lembre que não se pode mudar o que passou, somente o que está por vir.

## Qual o melhor momento para engravidar

A idade ideal para engravidar depende do equilíbrio de vários fatores. Algumas vezes a mulher só consegue estar pronta em todos os aspectos após certa idade. Aos 35 anos uma mulher saudável e preparada tem os mesmos resultados que uma mulher mais jovem. Hoje está estabelecido como gestante de risco aquela com idade superior a 35 anos. Então, o ideal para o primeiro filho é que este seja concebido antes dessa idade.

.....  
<sup>1</sup> Este texto é de autoria do Dr. Jean Carl Silva.





Após os 40 anos a sua fertilidade diminui, a incidência de abortamento aumenta e outras complicações também aumentam, como: hipertensão, diabetes etc. As alterações genéticas, como a Síndrome de Down, entre outras, apresentam maior frequência após os 38 anos. Então o segundo filho deve ser encomendado antes dessa idade.

E, se você tem mais de 40 anos, será que suas esperanças estão perdidas? Não, apesar de as frequências das doenças aumentarem, nenhuma é 100%. A chance de ter um filho com Síndrome de Down é de 1 para 70 ou 80 após essa idade, então pouco mais de 1%. Mas a decisão e o risco são seus.

A diferença de idade entre os filhos deve ser de aproximadamente 2 anos e meio, para que o corpo da mulher se recomponha e o bebê tenha um pouco de independência. Diferença de idade muito grande entre os filhos propicia dois filhos únicos.

## **Mudanças de hábitos**

Mudanças nos hábitos de vida são necessárias. As atividades físicas devem ser adequadas ao período, e é preciso evitar atividades extenuantes, manter a frequência regular e ter cuidados com a hidratação. O ideal é que você faça um programa que possa ser seguido durante o pré-natal.

O fumo deve ser abolido. O fumante passivo, ou seja, companheiro de fumante, apresenta os mesmos riscos do fumante. Existe uma relação direta entre o fumo e a prematuridade, o baixo peso ao nascer e a morte do bebê. O filho de mãe fumante, além de apresentar crise de abstinência do cigarro, sendo mais chorão, tem sua inteligência diminuída, comprometendo assim seu futuro.

O álcool diminui a fertilidade do casal e aumenta a incidência de abortamento. Sua ingestão deve ser abolida ou diminuída a, pelo menos, duas vezes na semana, em pequena quantidade e junto com as refeições.

A dieta pode interferir na fertilidade e no resultado da gravidez. Dieta deficiente em nutrientes pode resultar em queda na fertilidade,



aumento na incidência de abortamento, parto prematuro, entre outras complicações. Mantenha uma dieta balanceada, com muita fruta e verdura, e diminua a ingestão de doces e gordura. Um profissional de nutrição pode ser consultado.

Aproveite para corrigir seu peso: tanto o excesso quanto a falta interferem na gestação. A obesidade eleva o risco de diabetes e hipertensão, além de aumentar a incidência de cesariana e de complicações anestésicas. Além disso, alguns estudos demonstraram uma menor fertilidade associada a um maior índice de massa corporal (IMC) por causa de disfunções na ovulação, algumas delas relacionadas à síndrome do ovário policístico. Fertilização *in vitro* também pode ser prejudicada pelo excesso de peso.

## Aspectos médicos

O primeiro passo é escolher o obstetra que vai acompanhar você nessa jornada. Tal escolha deve ser feita antes da gravidez. Tem de ser um profissional competente (lógico) e com o qual você se sinta segura. Ele vai prepará-la fisicamente, fazendo um exame geral e um ginecológico, coletando um preventivo de câncer e solicitando uma série de exames laboratoriais.

O exame ginecológico identifica infecções que devem ser tratadas antes da gravidez. O preventivo de câncer deve ser realizado e avaliado antes de se iniciarem as tentativas. Os exames laboratoriais são os mesmos do início da gestação, porém os tratamentos utilizados para as infecções são diferentes, pois não é bom começar uma gestação com uso de antibióticos.

Os anticoncepcionais orais devem ser suspensos ao menos dois meses antes da data planejada para a gravidez; os injetáveis, três meses. O DIU deve ser retirado dois meses antes.

O ácido fólico é muito importante para reduzir a incidência de malformações do bebê. Seu uso deve ser iniciado um ano antes da gestação ou, no mínimo, dois meses antes, e é prolongado até a metade da gestação, quando será substituído por um complexo vitamínico.

Medicações controladas de uso contínuo devem ser adequadas para a gestação. É preciso avaliar a eficácia e a tolerabilidade das novas drogas compatíveis com a gestação antes de liberá-las.

A vacinação precisa estar em dia para evitar complicações durante a gestação. O calendário de vacinação aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para adultos com idade entre 20 e 59 anos inclui a dT<sub>pp</sub>, contra difteria, tétano e coqueluche (três doses e um reforço); sarampo-caxumba-rubéola; contra febre amarela e seu reforço; contra hepatite B (três doses); e HPV. Algumas vacinas não podem ser dadas durante a gravidez, pois são feitas de vírus vivos atenuados e podem trazer complicações para o bebê; um exemplo é a de febre amarela. Para as vacinas com vírus vivo atenuado, a concepção deve ser evitada por um mês após a administração delas.

## **Dia fértil e data provável do parto**

“Estou pronta?” A dúvida permanece e geralmente só é substituída no pós-parto por “Por que demorei tanto?”. Quando você achar que está preparada, a primeira dúvida que aparece é “Quando é o meu período fértil?”.

O dia fértil é calculado com base na data da próxima menstruação: catorze dias antes é o dia fértil, cinco dias antes e cinco depois é o período fértil. Tendo relações em dias alternados, nesse período, o casal tem até 20% de chance de engravidar. Um casal normal pode demorar um ano para engravidar.

Controle seu ciclo menstrual. O teste de gravidez deve ser feito o mais breve possível, assim que o atraso menstrual for identificado. “Deu positivo, e agora?”. Procure seu médico para iniciar o pré-natal.



## MATERNIDADE – UMA NOVA EXPERIÊNCIA

*A gestação é uma tempestade de sentimentos,  
bons e ruins.*

A gravidez, como a adolescência (menarca) e o climatério, constitui um período de transição biologicamente determinado. As alterações físicas e fisiológicas vivenciadas nesse período são a base concreta para muitos dos conflitos psíquicos experienciados pela mulher. Mas não apenas essas vivências concretas são relevantes para o contexto do ciclo gravídico puerperal; também a cultura, os aspectos sociais e principalmente de personalidade da gestante são determinantes nesse período.

Não podemos descartar o pensamento vigente em nossa sociedade de que o instinto maternal é inerente a toda mulher. Tal pensamento não determina apenas um padrão ideal de comportamento, como também um ideal de mãe, enumerando comportamentos incompatíveis com a maternagem, ou seja, determinando a capacidade ou a incapacidade para a maternidade.

Sabe-se que maternidade é um estado, é a qualidade de ser mãe, um laço de parentesco. Maternalidade é a qualidade ou caráter maternal, trata-se da relação afetiva que une mãe e filho. Esse caráter é aprendido e desenvolvido em seu exercício. Está na dependência das experiências e modelos pessoais da mulher sua manifestação mais precoce ou não.

A vivência deste conflito da maternidade ideal – da aquisição de um novo papel, o de ser MÃE – está no centro da experiencição psíquica do período de gestação e será de inigualável relevância para a forma com que a mulher experimentará esse período tão sublime quanto misterioso.

Outros aspectos de extrema importância para localizarmos a gestação na vida de uma mulher são o período em que ela aconteceu. A gravidez foi planejada? Quanto tempo de espera? Houve experiências de gestações anteriores malsucedidas, patologias associadas ao bebê ou à própria gestante e à gestação?



Falar de sentimentos, pensamentos ou sensações sem fazer alusão às experiências somáticas não faz sentido. O ser humano é indivisível... Todas as suas experiências – físicas, psíquicas, sociais e espirituais – estão interligadas de alguma forma.

Seria bastante poético falar do sentimento de amor experienciado ao ouvir os primeiros batimentos cardíacos do bebê na quinta ou sexta semana de gestação, mas nesse mesmo período é comum que a gestante esteja angustiada com as sensações físicas de náusea, perturbações do sono ou labilidade emocional.

O primeiro trimestre é vivenciado por boa parte das gestantes como um período de adaptação associado a diversos desconfortos físicos e questionamentos ou dúvidas de ordem psicoemocional. São poucas as mulheres que podem afirmar não perceber nenhum tipo de alteração ou desconforto nos três primeiros meses, nem que este seja o constrangimento ou a dúvida em entrar numa fila destinada exclusivamente às gestantes!

Mas, se a mulher vivencia esse período de forma tão subjetiva, o que poderíamos falar a respeito dos pais? Estes, além de não terem nenhuma noção concreta do que é gestar um novo ser, estão vivendo ao lado de um “vulcão” de emoções desconhecidas!

Com o primeiro trimestre de gestação o casal inicia a sua odisseia de reconhecimento, novo conhecimento e de estruturação familiar. A partir da chegada de um filho, pode-se dizer efetivamente que se constituiu uma nova família. Essa nova família deverá continuar a ser formada primeiramente por “um casal”, que se manterá junto para receber o novo membro. O filho vai fazer parte da estrutura existente e completá-la para, um dia, deixá-la e constituir um novo núcleo familiar.

Mas voltemos à condição anterior: um homem e uma mulher, cheios de experiências a serem transmitidas com todo o amor aprendido na vida em família.

Por sua vez, ao falar dos aspectos emocionais vivenciados no segundo trimestre, prefiro associá-los a um estado de “lua de mel”. Nesse período a gestação já possui um *status* de concretude. O bebê, já visível pelo volume do ventre materno, e os seus movimentos, ainda que sutis inicialmente, enchem a mulher de prazer e emoção



de sentir-se realmente receptáculo de um ser vivo tão parte sua e ao mesmo tempo tão diferenciado de si mesma.

Nesse momento a angústia da adaptação ao desconhecido dá lugar às sensações de reconhecimento e trocas afetivas no lócus familiar. É a estruturação da tríade: mãe, pai e filho.

A afinidade do casal continua sendo extremamente importante, nos “jogos” de demonstração de afetividade por meio dos ditos desejos, nas longas trocas de dúvidas e expectativas futuras a respeito da educação ou aparência física do bebê, nas crescentes manifestações do bebê em “ser” parte dessa família por intermédio dos movimentos fetais...

Contudo a vivência desse período pode ser marcada por uma série de inseguranças, tanto no que se refere ao desenvolvimento fetal quanto à relação do próprio casal. A alteração do esquema corporal da mulher, o ganho de peso, a mudança na estrutura da pele e dos cabelos, entre outros aspectos, poderão afetar a autoestima da mãe, de um lado, e do outro lado, a sensação de que a sua mulher vive, pensa, respira, sente e ama apenas o bebê poderá deixar inseguro até o “maior dos paizões”! O casal deve continuar sendo, em primeiro lugar, um casal! Esse bebê precisará de um pai e de uma mãe que se deem bem e se entendam na medida do possível.

No segundo trimestre a crescente maturação neurofisiológica do bebê permite uma troca constante de afeto reconhecido, baseada sobretudo nas emoções maternas e no desejo de ambos. É impossível afirmar que o bebê tenha capacidade cognitiva de entender a frase “Eu te amo”, dita pelo pai, mas com certeza ele tem total capacidade de interpretar as sensações positivas sentidas pela mãe e associá-las a “esta” voz especificamente, após a 25.<sup>a</sup> semana de vida intrauterina.

Gradativamente o casal poderá ampliar o relacionamento com seu bebê mediante estímulos sonoros ou táteis, tornando-o parte efetiva da vida familiar. Essa experiência extremamente rica e inundada de desejos e sentimentos positivos vai abreviar ou facilitar o período de adaptação pós-natal.

Por mais tranquilamente que esteja correndo a gestação, a ansiedade própria desse período e a fragilidade psicoafetiva da mulher tornar-lhe-ão suscetível aos comentários e observações de



parentes e entes queridos – ou não! O prazer, quase sádico, de algumas pessoas em comentar fatos negativos com as gestantes associado a todo esse momento de fragilidade vivenciado por ela pode tornar a expectativa do parto muito mais angustiante e sofrido do que seria na realidade. Nesse sentido, apenas a total confiança e segurança em seu obstetra poderão minimizar esses efeitos devastadores e permitir a vivência da experiência mais sublime na vida de uma pessoa: o nascimento de seu filho e o próprio nascimento dessa criança para o mundo!

A realidade do parto assusta muito, dependendo principalmente de como a mulher lida com as questões relativas à sexualidade ou à maternidade e como tal aspecto lhe foi transmitido por sua mãe e familiares. Muitas vezes se faz necessária uma abordagem mais direta, objetivando desmistificar esse momento, de modo a minimizar medos e desmentir antigos tabus, para que a experiência seja vivenciada em toda sua plenitude e beleza quase transcendental, não apenas para a mãe, e sim também pelo pai. Não se trata, no caso, de assistir a um parto. Trata-se de testemunhar o nascimento de seu filho, momento único de imensurável emoção.

Devemos viver, em toda sua intensidade, esse período, que vai desde antes da própria concepção até... onde nossos corações permitirem. Ser pai ou ser mãe, ser detentor de um amor tão grande quanto passível de multiplicar-se a cada dia, a cada instante, é um momento único que nos faz crescer e reconhecer o quanto temos ainda a “crescer”!

## Visão do obstetra

### ■ Duas histórias

Certa vez duas pacientes ganharam seus filhos na mesma semana. Uma teve “uma boa hora”, um parto normal fácil e rápido; a outra teve um trabalho de parto demorado e difícil.

No retorno para a revisão, após 30 dias, a mãe com o parto rápido, quando questionada sobre o bom parto que teve, resumiu:

“Foi muita dor, um sofrimento sem igual, a ‘criança’ chora noite e dia, meus seios racharam, meus pontos doeram, foi tudo horrível, nunca mais vou querer filhos na vida”.

A segunda mãe, a do parto difícil, referiu: “Meu marido ficou comigo durante o trabalho de parto, e o momento em que meu filho nasceu, abriu o olhinho, foi o melhor momento da minha vida. Ah! Ele é um bebê calmo, tranquilo, foi uma experiência maravilhosa”.

A diferença entre as mulheres é que uma se tornou mãe durante a gestação, e a outra não havia descoberto a maternidade ainda. A maternidade não é natural, automática em todas as mulheres; ela precisa ser desenvolvida, e quanto mais rápido for desenvolvida melhor, sendo o ideal durante os primeiros meses de gestação.

## **Desenvolvendo a maternidade**

No início da gestação a situação é meio inacreditável, a mulher demora a aceitar, ou perceber, que está grávida. Realmente, se for a primeira gestação, é um momento muito surpreendente.

A gestante precisa criar um vínculo afetivo com seu filho, precisa desenvolver a maternidade. Entre 12 e 16 semanas de gestação o bebê começa a ouvir. Nesse mesmo período já dá para saber o sexo. Dê um nome a ele, geralmente a criança começa a existir quando tem nome.

No começo algumas mães se sentem meio “bobas” falando com a barriga, é normal. Inicie com um livro infantil, leia toda noite, depois pare para explicar algumas partes. Logo você vai interagir com o bebê.

Aprenda músicas infantis, troque a letra, invente uma. Depois do parto você poderá usar essa música para acalmar seu filho. Converse, explique os eventos que acontecem a sua volta, ruins ou bons.

## **Desenvolvendo a paternidade**

A participação do pai em todo o processo é importante: acompanhar sua esposa na consulta, no ultrassom, assistir ao parto, dar banho no bebê, trocar fraldas etc.



O pai cumpre seu papel com extrema facilidade quando estabelece um bom vínculo afetivo com seu filho, fazendo da mesma maneira que a mãe, conversando, cantando e contando histórias.

## Uma criança feliz

Se os pais estabelecem um bom vínculo afetivo com o bebê, ele se torna uma criança bem tranquila, dorme melhor e sabe quem são os seus pais.

### ■ Para o obstetra

O casal com um bom vínculo afetivo com seu bebê vem junto nas consultas de pré-natal, estabelece uma relação de confiança com seu médico, seguindo suas orientações, confiando em sua conduta, o que torna o atendimento mais tranquilo para o obstetra.

## PRÉ-NATAL

*O pré-natal é o acompanhamento médico da gestante com o objetivo de identificar grávidas que possam ter resultado desfavorável, a fim de corrigir os fatores relacionados a ele.*

O diagnóstico de gravidez é feito pelo atraso menstrual associado ao teste de gravidez positivo. Este pode ser realizado com exame de sangue (beta-HCG) ou com urina (teste de farmácia), porém só se confirma realmente a gravidez com a visualização do embrião e seu batimento cardíaco, que somente acontece após a sexta semana de atraso menstrual. O momento do pré-natal é muito importante para a gestante e não deve ser deixado de lado. Desde cedo, ela precisa aderir ao programa de consultas, com no mínimo seis durante a gestação. As consultas de pré-natal são mensais até o sétimo mês. A

partir desse momento a frequência se torna quinzenal, e no último mês é semanal até o momento do parto. O parto não deve exceder 41 semanas de gestação.

Ao longo das consultas, o médico deverá fazer um exame obstétrico sistemático, aferindo a pressão arterial, examinando pele, mucosas, mamas, efetuando palpação obstétrica e pesquisa de inchaço nas pernas. O obstetra também medirá a altura uterina e auscultará os batimentos do coração do feto a partir do terceiro mês, avaliando todos os possíveis riscos.

Os exames laboratoriais serão solicitados conforme a rotina utilizada, por isso não atrase as consultas, para não atrasar um diagnóstico que pode evitar algum prejuízo a você.

O exame de “toque” avalia a dilatação do colo uterino. É realizado durante o pré-natal e determina ações necessárias para a gestante, de modo a recomendar o repouso, suspender a atividade sexual quando houver alterações etc. A medida do colo uterino feita pela ultrassonografia com 20 semanas de gestação é um bom preditor de prematuridade.

O tempo de gravidez pode ser medido em semanas. Uma gravidez dura 40 semanas, desde a última menstruação. Essa contagem, no entanto, gera sempre alguma confusão. Um jeito mais fácil e rápido de estabelecer o período de gravidez é contar por mês. Sabendo-se a data provável do parto, ou nono mês, todo mês naquele dia fechamos um mês. Por exemplo, se a data de seu parto é 10 de janeiro, todo dia 10 você fecha um mês. Assim, no dia 15 de agosto você está com quatro meses e cinco dias, e no dia 10 de dezembro inicia-se o oitavo mês.

## ORIENTAÇÕES GERAIS

*O período em que a gestante passa com seu filho dentro de seu ventre é tão curto em relação a uma vida que sacrifícios de mãe são de extrema importância, podendo resultar em uma melhor qualidade de vida para seu filho.*

## Sexo

O ciclo gravídico puerperal é caracterizado por mudanças biológicas, psicológicas, relacionais e sociais intensas, que podem ter uma influência direta e indireta na sexualidade da mulher.

A gravidez leva a alterações físicas no organismo da gestante que podem fazê-la não se sentir desejável, com impacto direto na libido. Entretanto, além da diminuição, as alterações hormonais podem também incrementar a libido, às vezes causando um descompasso com o parceiro.

O parceiro também sofre influência desse período em sua sexualidade. A preocupação com a possibilidade inexistente de “machucar” o bebê pode influenciar negativamente a libido.

No aspecto psicológico, a mulher pode sentir-se dividida entre ser mãe e amante, divisão que vai acompanhá-la a vida inteira. Sempre é interessante lembrar que, além de ser mãe e amante, ela tem uma profissão, e nenhuma dessas três mulheres deve ser deixada de lado.

O temor de prejudicar a gestação principalmente nos últimos meses pode levar o casal a evitar o sexo. As contraindicações para o sexo durante a gestação são: ameaço de aborto, trabalho de parto prematuro, ruptura prematura das membranas e dilatação do colo uterino. Entretanto, se a gestação estiver evoluindo sem nenhum problema, as relações sexuais podem ocorrer normalmente. Deve-se lembrar que o sexo aproxima o casal, fortalecendo seus laços afetivos. Na dúvida, converse com seu médico.

## Fumo

Sabe-se que grávidas fumantes apresentam como efeito adverso mais estudado a deficiência na oxigenação fetal, pois as substâncias presentes na fumaça reduzem a circulação para o bebê, diminuindo seu desenvolvimento em termos de peso e de intelecto. Isso ocorre por causa de mudanças estruturais na placenta e em seus vasos sanguíneos e de outros efeitos secundários. Fumar ainda pode afetar diretamente o material genético do feto, por causa das várias substâncias tóxicas que o fumo libera na corrente sanguínea.

Em alguns estudos, observou-se a influência da nicotina – uma das substâncias presentes no cigarro – no desenvolvimento dos pulmões do bebê. Ademais, a nicotina pode também estar associada a uma frequência cardíaca elevada e redução nos movimentos respiratórios fetais.

Além desses efeitos adversos, o cigarro é associado a numerosos outros, como aborto, placenta baixa, recém-nascidos de baixo peso, gravidez nas trompas, prematuridade, descolamento precoce de placenta e até mesmo uma produção de leite diminuída.

Em mulheres que não estão grávidas, fumar contribui para uma diminuição na fertilidade.

## Álcool

Tanto para mulheres fazendo o pré-parto quanto para grávidas, é recomendável cessar os hábitos de consumo de bebidas alcoólicas, por não existir uma dose segura de ingestão determinada. Pequenas doses, nas refeições, até duas vezes na semana, não parecem interferir no desenvolvimento do bebê.

Filhos de mulheres que consumiram álcool durante a gravidez estão mais propensos a apresentar síndromes alcoólicas fetais, mas também têm chance de não possuir nenhuma seqüela. O álcool ainda atrapalha o desenvolvimento intelectual do bebê. As disfunções mais estudadas incluem déficit de atenção, menor QI, fácies deformadas, problemas motores, de crescimento e anormalidades cerebrais (incluindo dificuldade nas áreas de linguagem e memória). Isso se dá porque o álcool que a mãe ingere passa para o feto através da placenta poucas horas após o consumo, gerando tais seqüelas e maior chance de prematuridade.

## Outras drogas

O uso de drogas por gestantes deve ser considerado um problema de ordem pública, pois a exposição dessas pacientes às drogas pode levar ao comprometimento irreversível da integridade materna e fetal.

A cocaína atravessa rapidamente a barreira placentária sem sofrer nenhum processo de degradação e age diretamente sobre a vasculatura fetal, determinando processo de vasoconstrição, além de poder provocar malformações urogenitais, cardiovasculares, no sistema nervoso central etc. Além de tudo isso, pode provocar uma insuficiência uteroplacentária que leva à falta de oxigênio para o feto, podendo causar a morte do bebê. Outros efeitos deletérios sobre o estado gravídico também são gravíssimos, como parto prematuro, descolamento prematuro de placenta e várias outras complicações tanto maternas como fetais.

A maconha é a droga mais documentada sobre a utilização por gestantes. Ela exerce efeitos alucinógenos provenientes do delta 9-tetra-hidrocanabinol, que atravessa rapidamente a barreira placentária, provocando insuficiência uteroplacentária e prejudicando o crescimento fetal. Além disso, age sobre o sistema nervoso do bebê, levando ao retardamento do seu desenvolvimento, e num futuro precoce a criança pode apresentar problemas neurocomportamentais como dificuldade de aprendizado, dificuldade na linguagem, demora para aprender coisas novas, entre outros.

Já para a gestante que faz uso de maconha, a inalação pode provocar taquicardia, congestão conjuntival, ansiedade, letargia, irritabilidade, assim como patologias respiratórias capazes de gerar falta de ar e infecções de repetição.

Então, o bem-estar do seu bebê está em suas mãos. O uso é momentâneo, mas a consequência virá num futuro bem próximo, e quem pagará essa conta por suas atitudes é o seu bebê, um ser iluminado que veio lhe trazer uma nova maneira de enxergar a vida.

## Café

O café é um estimulante, assim como as outras bebidas que contêm cafeína. Estas podem ser utilizadas com moderação, mas os excessos são prejudiciais. Troque pelo leite ou por suco de frutas.

O consumo exagerado de bebidas com cafeína está sendo associado a uma menor fertilidade, assim como sua ingestão durante a gravidez

pode causar redução no fluxo sanguíneo para o feto, malformações congênitas, prematuridade e efeitos comportamentais em bebês, por conta do acúmulo de cafeína nos tecidos fetais – o que também pode interferir no crescimento do feto e em seu desenvolvimento.

Entre os produtos mais comuns que contêm cafeína estão café, chá, produtos com cacau, alguns refrigerantes, energéticos e remédios.

## Meias elásticas

Durante a gravidez o corpo da mulher passa por uma série de transformações, entre elas: alterações hormonais, cardiovasculares, pulmonares, renais e gastrintestinais.

Para que o útero acomode o bebê, ele acaba por comprimir as veias do abdome e da pelve. Isso dificulta o retorno do sangue dos membros inferiores para o coração, o que aumenta a pressão intravenosa, dilata os vasos e acumula líquido do meio intravascular para o interstício, gerando edema dos membros inferiores.

Diante disso, o uso de meias elásticas (compressivas) é importante durante esse período, por evitar o inchaço dos membros. Além do mais, um dos principais motivos para sua indicação está na prevenção de formação de varizes nas pernas (as meias compressivas previnem, mas não eliminam!).

Recomenda-se colocá-las ainda pela manhã, visto que as pernas estarão descansadas. É preciso deitar antes de vesti-las, pois elevando as pernas diminui a pressão dentro das veias e facilita a colocação adequada.

O ideal é que as meias elásticas sejam escolhidas segundo a indicação do seu médico, já que existem três tipos disponíveis: baixa, média e alta compressão. Sendo assim, ele saberá qual a melhor para o seu caso!

## Vacinação

A imunização durante a gestação é feita para evitar futuras infecções. Além disso, a vacinação também vai proteger o bebê de



infecções após o parto. As vacinas que contêm vírus inativo podem ser tomadas.

A vacina contra o HPV (papilomavírus) e a BCG (tuberculose) não são recomendadas durante a gravidez, pois sua segurança nesse período ainda não foi avaliada completamente.

Entre as imunizações de rotina para mulheres grávidas estão a tríplice de tétano, difteria e coqueluche, específica para a gestante (acelular), e a vacina contra o vírus *influenza*. Atualmente se recomenda a vacinação contra coqueluche para todas as pessoas que terão contato mais prolongado com o bebê.

Para as grávidas com alto risco de adquirir infecções em virtude de hábitos, ocupações e viagens, outras vacinas são necessárias, como as de hepatite A e B, a pneumocócica, a de febre amarela (no caso desta última, deve ser consultado um especialista, por poder causar sérios efeitos adversos maternos e fetais), a da poliomielite inativada (o mesmo que para a febre amarela: se a imunização puder ser evitada, melhor), a meningocócica, a contra febre tifoide, a contra raiva e a contra cólera.

## EXAMES REALIZADOS

*Cada exame tem sua função. Faça-os no momento indicado e, na dúvida, questione seu médico.*

### Tipagem sanguínea

Esse exame determina o tipo sanguíneo da gestante. Se ela for RH negativa ou “O”, é necessário fazer a tipagem do marido, pois o sangue da gestante negativa não “combina” com o do marido RH positivo. Esse tipo necessita de cuidados especiais, com a solicitação do exame de “Coombs indireto”, o qual avalia se a mãe está reagindo contra o sangue fetal. O sangue do tipo “O” da gestante não “combina”



com sangue “A”, “B” e “AB” do marido, porém não há sérios problemas, podendo causar apenas um amarelão no bebê em alguns casos.

## Hemograma

O hemograma diagnostica principalmente a anemia. Os valores normais diferem dos da mulher não grávida, pois se alteram durante a gravidez. O acompanhamento dos valores durante o pré-natal determina se há anemia e a dose de ferro a ser utilizada.

## Glicemia

O sangue é coletado no início da gravidez em jejum, e na metade da gravidez, coletado duas horas após a ingestão de um copo de suco doce. Esse exame diagnostica o diabetes e todas as gestantes devem realizá-lo.

## Teste de risco fetal

Esse teste utiliza sangue materno, com dosagens hormonais, associado à idade materna e às medidas fetais realizadas por meio de ultrassom, como a translucência nucal. Existem dois momentos em que tal exame pode ser realizado: entre 11 e 13 semanas e entre 16 e 21 semanas. O mais precoce apresenta maior eficácia na detecção de malformações e alterações genéticas, atingindo até 98% de segurança.

## VDRL

Esse exame é o mesmo que sorologia para Lues, usado para diagnosticar a sífilis, porém apresenta alguns casos de falso positivo, devendo ser confirmado com outro exame em algumas situações. Resultados positivos podem estar relacionados a outras doenças ou a cicatriz sorológica, ou seja, casos em que a paciente foi tratada de sífilis anteriormente.





## HIV

A maioria das gestantes HIV positivas não apresenta fator de risco. O tratamento contra o HIV durante a gestação reduz muito a possibilidade de transmissão do vírus para o feto, justificando assim a realização do exame.

## HBSAG

Esse exame, também conhecido como antígeno Austrália, diagnostica a hepatite B. Durante o pré-natal não é realizado nenhum procedimento extra nas gestantes HBSAG positivas, porém a vacinação reduz em 90% a contaminação do recém-nascido.

## Toxoplasmose

O resultado desse exame aparece na forma de IgG e IgM: o primeiro determina o contato com a doença, e o segundo, o tempo de contato. IgM positivo significa que a gestante já teve contato com a toxoplasmose; se foi há pouco tempo (menos de 2 anos) o IgM é positivo, e se foi há mais tempo o IgM é negativo (o mesmo se aplica a doenças como rubéola, citomegalovirose etc.). O diagnóstico, porém, precisa ser confirmado com a solicitação do teste de avidéz para IgG na maioria dos casos.

## Rubéola

Também apresenta resultado na forma de IgG e IgM, com a mesma interpretação indicada no tópico anterior. Esse exame não faz parte de todas as rotinas de pré-natal, devendo ser solicitado principalmente em regiões com alta incidência da doença.

## Pesquisa do *Streptococcus* do grupo B

A bactéria *Streptococcus* está presente em aproximadamente 20% das gestantes, e em 4% delas pode contaminar o recém-



nascido, causando uma infecção grave. No caso de cesariana o risco é menor, apesar de o exame positivo não indicar cesariana. O teste deve ser solicitado, segundo algumas instituições, no último mês de gestação.

## **Parcial de urina e urocultura com antibiograma**

Esses exames determinam a presença de infecção nas vias urinárias, além do germe causador e o antibiótico correto para o tratamento. A infecção urinária é muito frequente e algumas vezes não produz sintomas, sendo diagnosticada apenas pelo teste.

## **Secreção vaginal**

Exame solicitado principalmente quando a paciente apresenta queixa de fluxos em maior quantidade, com alteração na coloração ou associadas a odor. O tratamento das infecções vaginais previne o parto prematuro.

## **Preventivo do câncer**

Todas as mulheres devem coletar anualmente o exame preventivo, mesmo as gestantes. O exame não traz prejuízo ao feto, não provoca aborto e pode diagnosticar uma lesão pré-cancerígena cujo tratamento vai prevenir o câncer.

## **Ultrassonografia**

Existem várias recomendações quanto ao número e aos tipos de ultrassom. O primeiro é o transvaginal, realizado através da vagina, mostrando assim mais detalhes do feto antes do terceiro mês de gestação. Existe o morfológico de primeiro trimestre, que engloba a translucência nucal e outros marcadores, resultando em uma maior confiança no resultado. A medida da translucência nucal – realizada

na nuca do feto – alterada pode estabelecer um risco maior de síndromes genéticas, como a de Down e malformação cardíaca. O ultrassom obstétrico, com medidas básicas e com análise geral de feto, é realizado durante o pré-natal. Já o morfológico, que pode ser feito no primeiro e no segundo trimestre, realiza mais medidas fetais, sendo principalmente empregado para diagnosticar malformações fetais.

## Ultrassonografia e *doppler*

Um dos exames mais esperados sem dúvida é a ultrassonografia. O ultrassom é um exame não invasivo que usa ondas de som para criar uma imagem do bebê, da placenta, do útero e de outros órgãos e principalmente para visualizar o sexo do bebê, algo tão esperado durante a gestação. Com esse exame, o médico tem acesso a informações importantes sobre o progresso da gravidez e sobre a saúde do bebê. Ultrassons não envolvem radiação, como é o caso de raios-X, portanto não prejudicam seu bebê.

Uma dúvida constante é sobre o número de ultrassonografias que devem ser realizadas durante a gravidez. O mais comum é fazer uma por volta das 13 semanas (entre 11 e 14 semanas) e uma perto das 20 semanas de gestação. O ideal é fazer mais uma entre a 34.<sup>a</sup> e a 37.<sup>a</sup> semana, porém não há regra sobre a quantidade total.

No primeiro trimestre o obstetra pode pedir um ultrassom para: descartar um aborto espontâneo (quando se vê o coração do bebê batendo, a chance de a gravidez prosseguir sem problemas é de mais de 97%); descartar gravidez ectópica (embrião fora do útero) ou molar (placenta anormal); detectar a idade gestacional (entre a 7.<sup>a</sup> e a 13.<sup>a</sup> semana de gestação, a medida craniocaudal – da cabeça até o bumbum do bebê – consegue definir a idade gestacional com bastante precisão); e determinar se há mais de um bebê (não queremos surpresas na hora do parto!).

Existem vários tipos de ultrassom:

**Morfológico de primeiro trimestre** – Realizado entre 11 e 13 semanas, tem como objetivos a medição de uma dobra específica na



nuca do bebê (translucência nucal) e a verificação da presença do osso nasal para detectar sinais de problemas genéticos como a síndrome de Down. O momento ideal para efetuar o exame é na 12.<sup>a</sup> semana. Se houver alguma alteração, o médico poderá pedir exames genéticos como biópsia do viló corial, amniocentese ou determinação do DNA fetal no sangue materno. Nesse mesmo momento se pode fazer um *doppler* da artéria uterina, que determina o risco de crescimento fetal insuficiente e a pré-eclâmpsia.

**Morfológico de segundo trimestre** – Essa é a ultrassonografia mais detalhada, que pode levar mais de meia hora. É feita por volta das 20 semanas, e nela já dá para ver o sexo do bebê. O ultrassonografista vai verificar o coração do bebê e suas câmaras, a formação do cérebro, os órgãos digestivos e outros sistemas. Também vai medir a cabeça do bebê e o fêmur, o osso da coxa, para ver se o crescimento está dentro da média. No exame também se pode definir a localização da placenta. Se ela estiver bloqueando a abertura do colo do útero (placenta prévia), o médico vai pedir novos ultrassons para ver se ela mudou de lugar. Na grande maioria dos casos ela muda. No caso de a placenta ainda estar cobrindo o colo do útero no fim da gestação, o bebê terá de nascer obrigatoriamente de cesariana. Nesse mesmo momento será feito um ultrassom via vaginal para medir o colo uterino, que determina o risco de nascimento prematuro.

**Doppler** – Trata-se de um exame que mostra o fluxo de sangue no útero, na placenta e no bebê, com as cores azul e vermelha. Ele permite a análise do fluxo de sangue pelas artérias e veias do bebê, assim como avalia o peso e as condições da placenta e do líquido amniótico, fornecendo conclusões sobre como se encontra a nutrição do feto (se está adequada ou não – já que o bebê retira os nutrientes do sangue materno) e a função da placenta. Além disso, também pode verificar malformações fetais, como o bebê está se adaptando a complicações maternas (como na hipertensão – que reduz o fluxo de sangue para o bebê) e até incompatibilidade de grupos sanguíneos.

Se o médico desconfiar de alguma anormalidade, pode pedir a realização específica de um ultrassom em três ou quatro dimensões, que dá uma imagem mais detalhada do bebê e consegue detectar



problemas como o lábio leporino, por exemplo. O médico ainda pode pedir um ultrassom específico do coração do bebê, a ecocardiografia fetal.

**Ultrassom no terceiro trimestre** – No fim da gravidez, o obstetra pode pedir um ultrassom para averiguar a causa de sangramentos vaginais (problemas na placenta, por exemplo), para acompanhar o crescimento do bebê, para verificar o nível do líquido amniótico e para determinar a posição do bebê e da placenta.

## Outros exames

### ■ Mobilograma e movimentos fetais

Uma dúvida comum de todas as gestantes é sobre a movimentação fetal. Os movimentos do bebê iniciam-se por volta de oito semanas, entretanto a gestante vai senti-los por volta de 16 a 20 semanas.

O bebê se move, chuta, dorme, acorda, engole e urina. Você pode começar a ter uma sensação leve de movimento na parte baixa de seu abdome, que se parece com bolhas tremulando.

A quantidade de movimentos que o feto realiza varia de bebê para bebê e também com a idade gestacional. Por volta de 25 semanas o feto costuma movimentar-se mais do que com umas 36 semanas, quando o parto está próximo e o bebê, por causa do seu tamanho, fica “apertado” dentro do útero. É normal notar movimentos fetais em alguns dias e em outros ficar sem percebê-los. A atividade fetal também é afetada pelo sono, barulho, hora do dia e atividade da mamãe.

Mobilograma é o controle da movimentação fetal. Para aplicar essa técnica, fique em uma posição confortável, alimente-se antes e não durante o processo (isso ativa o feto), não faça atividades extenuantes antes do mobilograma. Com uma folha de papel e uma caneta, anote o horário de início e cada movimento ou mudança de posição. O ideal é uma hora depois das principais refeições, e após 30 semanas de gestação.

O mobilograma servirá para avaliar indiretamente o bem-estar fetal. Para isso, será necessário que você verifique quantas vezes o

bebê se movimentam em três intervalos de uma hora cada, marcados pela manhã, pela tarde e pela noite. Serão considerados sem risco todos os bebês que se movimentarem de quatro a seis vezes ou mais em cada hora.

## ■ Raio X

A preocupação depende do tipo de raio X a que você vai se submeter, de quanto de radiação vai se expor e da idade gestacional. Quanto mais radiação e menor a idade gestacional, maior o risco para o bebê. A maioria das radiografias com finalidade diagnóstica (no dentista, por exemplo) não expõe o feto a níveis elevados de radiação para que haja consequências negativas. Embora tenha sido apontado que a exposição fetal a mais de 10 rads (unidade de medida para radiação absorvida) aumente os riscos de dificuldades de aprendizado e anomalias de visão, não há com o que se alarmar.

A quantidade de radiação que um bebê recebe quando a mãe faz um raio X no dentista, por exemplo, é de apenas 0,01 milirrad. Um rad equivale a 1.000 milirads, então alguém teria de fazer 100 mil radiografias dentárias para que o bebê fosse exposto a 1 rad. Estima-se que uma radiografia do tórax exponha o feto a 60 milirads, uma do abdome a 290 e uma tomografia a 800 milirads.

Mesmo correndo riscos mínimos, porém, recomenda-se que tais procedimentos sejam evitados durante o primeiro mês de gravidez, período em que está ocorrendo a formação do feto. No dia do exame, não deixe de mencionar que está grávida, assim poderá ser mais bem protegida com uma espécie de colete de chumbo.

Se você trabalha em um ambiente próximo a fontes de radiação, converse com seu chefe sobre formas de reduzir ou eliminar a sua exposição.

No caso de ter sido submetida a sessões de radioterapia antes de saber que estava grávida, pergunte ao oncologista sobre a quantidade de radiação a que o bebê pode ter sido exposto e converse com seu obstetra sobre possíveis exames genéticos e ultrassons mais detalhados do bebê.

## ■ Ressonância magnética e outros exames

A ressonância magnética é um exame de imagem não invasivo, não emite nenhum tipo de radiação. Para alguns casos ele deve ser feito após a ingestão de contraste. O indicado é que a ressonância magnética seja efetuada após o primeiro trimestre de gestação, mas não há estudos que mostrem alteração do desenvolvimento fetal pela realização desse exame, o qual é até empregado para identificação de má-formação fetal.

Para alguns casos os exames de imagens utilizam contraste; nas gestantes o contraste deve ser evitado, mas a ressonância deve ser realizada quando necessário. O contraste iodado atravessa a placenta, podendo causar alteração na glândula tireoide fetal. Quando o contraste for usado na gestante é importante fazer exames laboratoriais do bebê para avaliar a glândula tireoide. Outro contraste usado é o gadolínio; não existem estudos sobre o efeito que ele causa nos fetos humanos, mas em animais ele provoca alterações renais, por isso seu uso em mulheres grávidas é realizado quando o benefício do exame for maior que as possíveis consequências de sua aplicação.

Já a amniocentese é um exame que consiste na retirada de líquido amniótico por meio de uma agulha. O médico orienta-se por um ultrassom para inserir a agulha. A paciente deve estar deitada; se a mulher desejar pode ser feita uma anestesia local, mas não há necessidade. O líquido é mandado para análise em um laboratório a fim de identificar doenças cromossômicas, como a síndrome de Down, e analisar a maturidade do pulmão fetal. Por esse exame também é possível determinar qual o sexo do feto, e pode ainda ser empregado como teste de paternidade, pois permite comparar o DNA do feto com o do provável pai. O ideal é que seja realizado entre a 13.<sup>a</sup> e 18.<sup>a</sup> semana de gestação; se feito antes desse período, aumenta o risco de aborto. A amniocentese é considerada um exame seguro, mas por ser um método invasivo apresenta risco para o feto, pois podem ocorrer infecções por causa do exame, que podem levar ao aborto; as mulheres também podem apresentar sangramento vaginal e perda de líquido amniótico. O resultado leva alguns dias para ficar pronto.

## SINAIS E SINTOMAS COMUNS NA GESTAÇÃO

*A gravidez gera uma série de alterações no organismo materno, que ocorrem para receber, nutrir, proteger, auxiliando no desenvolvimento e, no tempo certo, para proporcionar o nascimento. Essas alterações, muitas vezes, resultam em sinais e sintomas próprios; alguns despertam apenas curiosidade, outros podem causar sintomas desagradáveis.*

### Calor

Durante a gestação ocorrem variações nos níveis hormonais da mulher, que são responsáveis por alguns dos inúmeros sintomas que a futura mamãe pode apresentar nesses nove meses.

As quedas do estrogênio, um hormônio feminino, são responsáveis pelas ondas de calor que fazem muitas grávidas dispensar os cobertores. O desconforto geralmente é maior na cabeça e no peito e costuma durar alguns minutos antes de ir embora. Essas ondas de calor, similares às de mulheres que estão na menopausa, ocorrem com mais frequência no segundo e no terceiro trimestre de gravidez.

Algumas dicas para enfrentá-las são: fique dentro de casa durante o período mais quente do dia, geralmente das 10 às 15 horas; evite realizar atividades extenuantes durante a gravidez; mantenha-se hidratada, tome no mínimo 1,5 litro de água ao dia; use chapéu, óculos de sol e filtro solar sempre que se expuser ao sol; algumas opções para se refrescar são duchas frias ou mornas, banhos de banheira ou piscina; e lembre-se, mantenha a calma!

Agora, mamãe, é de extrema importância que você fique alerta para diferenciar essas ondas de calor de uma febre! Na febre a temperatura corporal da mulher está elevada, enquanto nas ondas de calor a mulher tem uma sensação desagradável de calor que surge de repente, dura alguns minutos e desaparece. Por isso, caso a sua temperatura corporal esteja acima de 37,5°C, entre em contato com o seu médico; se ela estiver acima de 39°C, procure imediatamente atendimento médico.



## Manchas gravídicas

O período da gravidez é um momento de muitas modificações no corpo feminino. A pele é um órgão de fácil visibilidade, por isso, qualquer alteração se torna mais perceptível. As alterações na coloração da pele são bem comuns; entre elas, o melasma, conhecido popularmente como “cloasma” ou “manchas da gravidez”, é uma das mais frequentes.

Trata-se de uma dermatose extremamente comum na gravidez que aparece em até 75% das mulheres nesse período, com maior incidência em latinas e asiáticas. As manchas gravídicas caracterizam-se por coloração acastanhada ou escura com contornos irregulares e bordos nítidos. Normalmente ocorrem em regiões malares (maças do rosto), testa, nariz, lábio superior e têmporas.

Ainda não se sabe exatamente a causa do aparecimento dessas manchas; há vários fatores relacionados, porém nenhum tem responsabilidade isoladamente. A exposição solar é o fator mais importante para o desencadeamento e até o agravamento dessas manchas; além de tudo, esse é o aspecto que pode intervir na prevenção.

Usar protetor solar e evitar a exposição solar em horários de sol muito forte (10 às 14 horas) é essencial para a prevenção. Destaca-se que o sol não é o único culpado. Um questionamento comum é “Preveni, mas mesmo assim apareceram as manchas. O que eu faço?”. Vale lembrar que usar protetor solar e evitar a exposição ao sol continua sendo válido, pois assim se evita a progressão da intensidade da mancha gravídica. Mas não se preocupe, porque em mais de 70% dos casos as manchas desaparecem espontaneamente após a gravidez, e se foram utilizados esses métodos preventivos citados anteriormente na maioria das vezes não haverá nenhuma seqüela.

Após a gravidez, o que fazer? Se as manchas desapareceram, recomenda-se continuar utilizando protetor solar para evitar que elas voltem a aparecer. Caso contrário, se não regrediram espontaneamente após a gravidez, é importante procurar um dermatologista para tentar diminuir os danos estéticos causados pelas manchas.

## Acne e aumento de pelos

A mulher durante a gestação está submetida a uma explosão hormonal, o que acarreta várias modificações no corpo materno nesse período. Hormônios como progesterona (“hormônio da gravidez”), beta-HCG (hormônio identificado no teste de gravidez), estrogênio (“hormônio feminilizante”) são responsáveis por essas alterações na grávida.

A progesterona possui uma via que aumenta a quantidade de hormônio androgênico (“hormônio masculinizante”), sendo assim a culpada pelo aparecimento de acne e aumento da pilificação.

Qual a ação da progesterona no desencadeamento de acne? Esse hormônio aumenta a secreção das glândulas sebáceas e, conseqüentemente, a oleosidade da pele, propiciando um meio mais favorável para surgir a acne. A retenção maior de líquidos também favorece o aumento do número de espinhas. Por conta desse mecanismo de ação, sugere-se como um tratamento plausível para tal caso lavar bem o rosto cerca de duas vezes ao dia com um sabonete indicado pelo médico que está acompanhando você.

Tome muito cuidado na hora de tratar suas espinhas durante a gravidez, porque vários produtos indicados para acne, seja de uso oral ou tópico (por exemplo, ácido isotretinoína), são contraindicados durante a gravidez. Assim, procure um médico para saber qual medicamento pode ser usado em seu caso. A aplicação de filtro solar é essencial para evitar sequelas, como cicatrizes e manchas na pele.

E qual seria a ação da progesterona no aumento de pelos? Os pelos possuem três fases: anágena (crescimento), catágena (involução) e telógena (desprendimento). Durante a gravidez, em virtude da ação dos hormônios, a maioria dos pelos encontra-se na fase anágena, o que explica a elevação da quantidade de pelos encontrados no corpo. A ação desse hormônio provoca o aumento da quantidade de pelos em locais onde antes a mulher não os tinha ou possuía pouco, sobretudo acima do lábio, no queixo, nas bochechas, na barriga, nos seios.

O aumento de pelos gera grande preocupação nas grávidas, pois normalmente essa característica está ligada ao sexo masculino. Não se desespere! Após a gravidez, quando a ação dessa grande quantidade

de hormônios cessar, haverá a regressão dos pelos e tudo voltará a ser como antes.

Não confunda aumento de pelos durante a gravidez com hirsutismo; são coisas muito diferentes. A primeira é fisiológica da gestação, a segunda é uma condição médica que resulta em um crescimento desproporcional de pelos grossos e escuros, causado por desordem genética ou do metabolismo endócrino e até pelo uso de hormônios (esteroides androgênicos). Além disso, o hirsutismo vem acompanhado de outras modificações, incluindo engrossamento da voz, encolhimento dos seios, aumento da massa muscular, crescimento dos órgãos genitais.

Como a grande maioria das mulheres não deseja ficar com grandes quantidades de pelos, o melhor tratamento é retirar esses pelos desagradáveis, o que pode ser feito por meio de raspagem ou de depilação, durante todo o período de gravidez até o momento pós-gravidez, em que tudo se normaliza.

## **Sinais na pele e vermelhidão nas mãos**

Na gravidez o corpo da mamãe passa por diversas transformações. A enorme carga de hormônios e a presença do bebê no útero da mãe podem agravar condições preexistentes ou produzir novos sintomas.

Uma das manifestações mais comuns da gestação é o aparecimento de estrias, que ocorre por conta do estiramento das fibras da pele e da diminuição de hidratação dela. As estrias gravídicas aparecem com maior frequência no abdome, nas mamas, nas nádegas e nas coxas. Durante a gestação as estrias costumam ser avermelhadas e após o parto passam a ter uma coloração esbranquiçada.

Para prevenir o aparecimento de estrias a mamãe deve manter sua pele sempre hidratada, por meio do uso de óleo de amêndoas ou hidratante. Além disso, é importante controlar o ganho de peso.

Outra alteração comum na pele da mamãe é o escurecimento da linha média do abdome. Essa pigmentação, conhecida como linha nigra, é percebida mais facilmente em mulheres morenas e negras, tornando-se mais acentuada de acordo com a exposição solar.

A vermelhidão das mãos é um achado frequente nas gestantes e está relacionada aos hormônios da gravidez, que levam a uma dilatação dos vasos sanguíneos. Tal vermelhidão tende a piorar com a evolução da gravidez, mas na maioria dos casos desaparece após o parto.

## Vulva e vagina

Entre as modificações encontradas na vulva e na vagina estão a alteração da cor natural de avermelhada/rosada para uma coloração azulada ou púrpura do cérvix, da vagina e da vulva, que se inicia geralmente entre seis e oito semanas. Isso se dá pelo aumento do fluxo sanguíneo na região. A vulva também pode ter um discreto aumento, em virtude do acúmulo de líquidos, além de aumento da elasticidade.

## Mamas

Por volta da sexta à oitava semana de gestação, os seios começam também a aumentar de tamanho e continuam a crescer durante toda a gravidez, por causa do aumento das camadas de gordura da pele. Embora muitas vezes desconfortáveis, essas transformações têm um importante propósito: preparar os seus seios para a amamentação.

É comum que o sutiã varie de um a dois números para cima na gravidez, especialmente se este for o seu primeiro filho. Você também pode sentir uma certa coceira nos seios à medida que a pele se estica, e ainda há chances de ter de se defrontar com as temidas estrias na região.

As veias na área dos seios costumam ficar bem mais aparentes, e os mamilos tendem a crescer e escurecer. Surgem pequenas bolinhas que ficam ao redor da aréola (aquele círculo mais pigmentado em volta do bico do seio). Elas são na verdade um tipo de glândula produtora de gordura; podem ficar mais protuberantes, com o objetivo de evitar fissuras quando o bebê for mamar e, conseqüentemente, a instalação de bactérias e a ocorrência de mastite (inflamação da

glândula mamária). Pode também surgir uma irritação embaixo dos seios e entre eles, principalmente no calor.

Em torno do terceiro mês de gravidez, os seios já começam a produzir o colostro, aquele líquido supernutritivo do qual o bebê vai se alimentar logo nos primeiros dias de mamadas. Nos últimos meses de gestação, você pode notar uma pequena quantidade dessa substância amarelada vazando dos seios. Para algumas mulheres esse vazamento acontece mais cedo, e para outras nem aparece, e não tem relação com ter ou não leite.

É importante escolher um sutiã que sustente e seja confortável. Os com armação podem pressionar os seios e machucar. Os *tops*, por serem superconfortáveis, constituem uma opção muito boa. Muitas gestantes preferem dormir de sutiã para não se incomodarem com a movimentação dos seios ao mudar de posição durante o sono.

No pós-parto, a exposição diária da mama ao sol por 15 minutos e passar o leite ou colostro na aréola também são formas de evitar a mastite.

## Postura

A partir do segundo trimestre de gravidez, a barriga da gestante começa a se tornar mais pesada. Nessa fase, é importante que você já comece a cuidar da postura, a fim de evitar dores na coluna nos próximos meses.

O aumento de peso gera um exagero nas curvas naturais da espinha dorsal. Uma postura adequada ajuda a transferir o peso da parte inferior das costas (coluna lombar) para quadris, pernas e pés.

A postura incorreta da gestante impede essa transferência de peso, deixando-o acumulado na coluna lombar, o que provoca contração na parte de baixo das costas, pélvis e joelhos.

Além de um melhor bem-estar para a mamãe, a postura adequada nos nove meses da gestação estimula o bebê a ficar na posição correta para o nascimento. Fisioterapeutas e outros serviços de alongamento e exercícios específicos podem ser procurados.

## Dores lombares

As dores lombares ocorrem por conta do crescimento do útero, que faz com que os músculos abdominais fiquem mais fracos e o centro de gravidade mude, levando a alterações posturais. Além disso, as ações dos hormônios aumentam a mobilidade das articulações e ligamentos. A intensidade da dor varia para cada mulher.

Recomenda-se utilizar sapatos confortáveis e firmes, repousar várias vezes durante o dia, deitando em decúbito lateral esquerdo, aplicar calor local, fazer massagens, realizar exercícios físicos com orientação e, se necessário, utilizar analgésicos conforme orientação médica.

Evite carregar peso e realizar exercícios físicos extenuantes.

## Dores no baixo ventre

As dores no baixo ventre fazem parte das queixas mais comuns durante a gestação e que causam medo em muitas mulheres, por estas acreditarem que estão sofrendo um aborto. Tais dores, porém, muitas vezes são apenas uma adaptação do útero ao seu crescimento, podendo causar dor e sensação de repuxo, por pressionar músculos, ligamentos, veias e outros tecidos do corpo.

Se essas dores forem eventuais e de intensidade leve, não há motivo para se preocupar; elas podem cessar espontaneamente e até mesmo sem a necessidade de medicação. Contudo, se a dor não melhorar, ou houver sangramento, deve-se procurar o médico.

## Cãibra

Cãibra é uma contração involuntária do músculo esquelético, muito comum em grávidas. O peso extra que a mulher agora carrega é provavelmente o responsável pelas cãibras, que acontecem com mais frequência no segundo e no terceiro trimestre.

Existem também outras possíveis causas das cãibras na gravidez, como o excesso de fósforo e a falta de cálcio, magnésio e potássio na circulação sanguínea, associados diretamente com a alimentação.

Para amenizar as dores das câibras podem ser feitos alongamentos e massagens no local. Para evitá-las, além dos alongamentos, é importante também cuidar da alimentação, ingerindo sempre alimentos ricos em cálcio, potássio e magnésio e evitando os que são ricos em fósforo. A suplementação desses nutrientes deve sempre ser feita com a orientação do seu médico.

Caso as dores não melhorem ou ocorra inchaço ou sensibilidade associados, é preciso procurar cuidados médicos, pois podem ser sinal de outras complicações.

## **Desconforto e formigamento nas mãos**

Durante a gestação, a futura mamãe pode sentir algum desconforto ou dormência/formigamento nos braços e principalmente nas mãos. Tal fenômeno acontece pela tração de dois nervos, em virtude de mudanças posturais ocasionadas pela gestação. Não é nada grave, fique tranquila!

Além disso o desconforto pode ser decorrente de um edema generalizado que acomete cerca de  $\frac{1}{4}$  das futuras mães. Esse edema é sinal da intensificação de um processo natural de retenção de sódio (sal). Por isso é importante manter-se hidratada durante toda a gestação, assim como adotar um consumo moderado de sal.

## **Salivação excessiva**

Durante a gestação o sistema digestivo sofre alterações marcantes, havendo a presença de sinais e sintomas que atingem, em maior ou menor grau, todas as gestantes.

Uma queixa comum nesse período é o aumento da produção de saliva, fato que não está comprovado. Acontece que muitas mulheres, com sintomas de náuseas, deixam de deglutir a saliva e surge a impressão de que ela aumentou, embora em situações de doença tal fato possa ocorrer. Isso representa um incômodo do ponto de vista social, já que obriga a paciente a cuspir a saliva ao longo do dia (alcança-se a produção de até 2 litros por dia).

Quando esse infeliz transtorno ocorre, ele não tende a desaparecer com o avançar da gestação, e ainda não há medicamento para seu eficaz tratamento.

## Fome e sede

A alimentação durante a gestação tem as finalidades primordiais de manter a mamãe saudável, formar o bebê, armazenar nutrientes para a fase de amamentação e para o recém-nascido nos seus primeiros meses de vida. Aumento da fome e da sede é uma manifestação comum na gestação, pois agora você, mamãe, não tem somente as suas células para abastecer de energia, mas também as do seu bebê.

A gravidez em si é um processo que envolve uma série de transformações metabólicas e hormonais, que incluem diminuição de glicose e aminoácidos sanguíneos. Essa diminuição é um dos fatores que aumentam a fome e a sede nas grávidas e as instigam a buscar alimentos de maior fonte energética. Outro vilão da fome durante a gestação é o hormônio leptina, responsável pela sensação de saciedade e que apresenta seus níveis alterados durante tal fase.

Entretanto a mamãe deve ficar atenta e aprender a diferença entre estar com “fome” e sentir “vontade de comer”. “Fome” é um estado fisiológico em que o corpo está necessitando de alimento, já “vontade de comer” envolve a satisfação de necessidades psicoemocionais e não realmente corporais. Nesses casos o ato de comer serve como uma “válvula de escape” para amenizar a ansiedade ocasionada pela gravidez com relação a mudança com o corpo, ganho de peso, dor do parto, além da preocupação em gerar um bebê saudável e as possíveis transformações que esse bebê trará ao lar. Nessas horas, é fundamental a futura mamãe contar com o total apoio de amigos, familiares e principalmente do marido. Este deverá discutir tais questões com a gestante, para alívio e tranquilidade dela. Em determinados casos, dependendo do grau emocional atingido, indica-se procurar a orientação de um psicólogo.

Aí se encontra um excelente motivo para realizar as consultas pré-natais de forma adequada, mamãe. Além de prevenir algumas



doenças e anomalias no seu bebê, elas também vão ajudar a esclarecer as suas dúvidas e explicar a maneira correta de controlar a sua fome e a sua sede e, conseqüentemente, o seu peso desde o início da gravidez. O ideal é alimentar-se de duas em duas horas, com comidas saudáveis e leves (frutas, verduras, legumes), e tomar no mínimo 8 copos de água por dia. Está dentro da média as grávidas ganharem um total de 9-12 kg durante a gestação, na média 1 ou 2 kg por mês.

## Alteração do apetite

A gravidez, além de aumentar a fome e a sede, provoca alterações no apetite. Quem é que nunca escutou falar que o marido teve de acordar no meio da madrugada para saciar a vontade da mulher por algum tipo de alimento, ou que a mulher quis comer alimentos salgados misturados a doces com medo de que seu filho nascesse com o rosto sabe-se lá de quê? Isso é bem comum, e provavelmente você já deve ter passado por situação similar.

O desejo por comidas, alimentos exóticos e “estranhos” recebe o nome de malacia, que em outras línguas quer dizer o desejo imperativo por determinados alimentos. Tais vontades geralmente incluem alimentos ricos em carboidratos (doce, sorvete, bolo recheado, pão, massas, chocolate), frutas ácidas (limão, maracujá, abacaxi e laranja) e vegetais (picles, pepino, cenoura). Existem até mesmo situações em que a gestante desenvolve uma estranha vontade de comer substâncias não alimentícias, como giz, areia ou terra.

A futura mamãe, entretanto, deve tomar cuidado para que esses “eventuais prazeres alimentares” não se tornem um hábito e acabem levando a um excesso de peso e problemas futuros para ela e seu bebê. Além disso, devemos desmistificar aquela ideia de que você, mamãe, deve comer por dois, pois, ao contrário do que muitas pessoas pensam, comer em quantidade não é sinônimo de qualidade.

Do mesmo modo que surgem desejos, as grávidas também podem apresentar aversões a certas comidas ou cheiros, assim como alterações no paladar. Por exemplo, doces podem se tornar demasiadamente doces, o café que você adorava passa a ter um sabor

esquisito, e durante o dia você pode sentir um gosto de metal na boca sem nenhum motivo aparente.

## Náusea e vômito

Entre os sintomas gestacionais mais comuns relatados pelas mulheres grávidas estão os enjoos e as náuseas. Sua manifestação é tão comum que somente perde para o atraso menstrual como o sintoma que mais faz as mulheres irem a uma farmácia para comprar um teste de gravidez. Cerca de 75% a 80% das futuras mães sofrem tais alterações fisiológicas nas primeiras semanas gestacionais, com destaque para os períodos matinais.

Durante a gravidez o corpo da mulher passa por muitas mudanças ao mesmo tempo, incluindo o aumento na quantidade dos hormônios femininos, entre eles progesterona, estrogênio e HCG (sigla do inglês *human chorionic gonadotropin*, gonadotrofina coriônica humana), que se acredita serem os principais causadores do quadro de náusea. Além disso, normalmente mulheres grávidas apresentam um “estômago preguiçoso”, que demora a se esvaziar, o que favorece o aparecimento de náuseas e também provoca uma sensação de saciedade alimentar precoce, impedindo a ingestão de grandes quantidades de alimento. Assim, gestante sente-se “satisfeita” com muita facilidade. Juntamente com os fatores hormonais, as náuseas e os vômitos são intensificados por maior sensibilidade olfatória da mãe, aumento fisiológico da produção de ácidos estomacais e até mesmo o próprio cansaço, estresse diário e a ansiedade da espera do bebê.

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento de enjoos e náuseas gestacionais estão:

- Mulheres ansiosas;
- Gestantes muito jovens;
- Mulheres que antes da gravidez já apresentam náuseas com mais facilidade durante movimentos ou após estímulos a cheiros e sabores fortes;
- Gestantes com antecedentes de enxaqueca;
- Mulheres grávidas de gêmeos.

Porém você pode ficar tranquila, futura mamãe, pois existem algumas maneiras de aliviar esse transtorno gestacional temporário e tornar tal momento mais agradável:

- Evite grandes refeições, porque o seu estômago esvazia mais lentamente, por isso pequenas porções são mais bem toleradas. Comer demais e ficar com a estômago cheio pode precipitar os enjoos;
- A fome pode desencadear as náuseas. Não deixe de se alimentar por medo de vomitar;
- Evite deitar-se logo após comer;
- Procure estar sempre bem hidratada. Se você tem vômitos, procure repor os líquidos perdidos quando o enjoo tiver desaparecido;
- Reconheça os fatores que desencadeiam os enjoos e evite-os. Por exemplo: cheiros fortes, calor, umidade, barulho e estar em movimento (andar de carro ou avião);
- Evite a fadiga. Pratique exercícios mais leves e que exijam menos esforços físicos. Ioga, hidroginástica e caminhada são ótimas pedidas para o período gestacional;
- Ingira alimentos mais leves (verduras, frutas), gelados, azedos, carboidratos secos (bolacha de água e sal) e água com gás. Evite frituras e outros tipos de alimentos gordurosos;
- Coma em intervalos curtos (de duas em duas horas).

## **Azia, queimação**

A azia é uma sensação de queimação que pode localizar-se do nível da garganta até a boca do estômago. Muitas mulheres sentem azia pela primeira vez no próprio período gestacional. Embora seja um problema comum e inofensivo, pode causar muitos desconfortos na futura mamãe.

Durante a gravidez a placenta produz vários hormônios, como a progesterona, que, além de relaxar os músculos lisos do útero, também relaxa a válvula que separa o esôfago do estômago, de forma a diminuir o ritmo das contrações naturais do estômago, deixando a digestão alimentar geralmente mais lenta. Por conta disso, os ácidos do estômago que participam da digestão acabam subindo pelo esôfago

e gerando a sensação desconfortável de azia. Além do mais, com o passar da gestação a cavidade abdominal fica apertada, porque o bebê está crescendo, e isso torna a eliminação dos ácidos do estômago mais lenta, além de empurrá-los esôfago acima, aumentando a azia.

A seguir estão algumas dicas que você, mamãe, pode seguir para tentar driblar a azia gestacional:

- Evite pratos “pesados” ou gordurosos, fritura, chocolate, frutas cítricas, bebidas alcoólicas e café, sobretudo à noite;
- Alimente-se mais frequentemente (de duas em duas horas) para evitar que o estômago fique completamente vazio;
- Tome muito água durante o dia (no mínimo oito copos);
- Ponha pouca comida de cada vez na boca e mastigue bem;
- Não beba muito líquido durante as refeições, pois isso faz seu estômago ficar muito distendido;
- Depois de comer, tente ficar sem se deitar por pelo menos uma hora;
- Caso a azia esteja forte, monte um encosto na cama com vários travesseiros para dormir numa posição semissentada ou adquira no mercado travesseiros antirrefluxo, que formam uma “rampa” na cama e mantêm sua cabeça elevada, assim os ácidos permanecem no estômago;
- Controle o seu peso e use roupas largas e confortáveis, que não apertem a cintura e o estômago.

## Prisão de ventre e gases

Quem nunca passou pelo desconforto de sentir dores abdominais causadas por gases? Essa é uma das alterações corporais que se intensificam na gestação, porém pode ser controlada, como veremos a seguir.

Todas as pessoas (grávidas ou não) têm gases. Produzimos, em média, de 0,5 a 1,7 litro de gases por dia, que são eliminados na forma de flatulências e arrotos. Durante a gravidez, essa quantidade pode aumentar, então não se assuste se começar a ter de arrotar quando menos espera ou se precisar desabotoar a calça para aliviar aquela terrível sensação de estar estufada.

Entre as causas do aumento na produção de gases na gravidez está a elevação da concentração sanguínea de progesterona, hormônio que relaxa a musculatura do trato gastrointestinal e desacelera o processo digestivo, o que pode ocasionar mais gases e incômodo no estômago, principalmente depois de refeições mais pesadas. Tal incômodo aumenta no final da gestação, quando o útero, bem aumentado, domina a cavidade abdominal, pressionando o estômago e retardando ainda mais a digestão.

Para reduzir o desconforto, procure adotar uma alimentação com bastante verduras, legumes e frutas como o mamão e a laranja (com o bagaço), além de tomar bastante líquido, principalmente água, para que o intestino funcione com mais facilidade. Controle a ingestão de leguminosas (feijão, ervilha, lentilha), brócoli e couve-flor e nunca tome laxantes sem receita ou orientação médica.

Do mesmo modo que o acúmulo de gases abdominais, a prisão de ventre também é influenciada pelo aumento de hormônios gestacionais na circulação sanguínea. A pressão do útero sobre o reto e os hormônios da gravidez tornam mais lento o trânsito dos alimentos pelo trato digestivo. Além disso, é comum algumas mulheres fazerem suplementação vitamínica com ferro durante a gestação, o que tende a piorar ainda mais a situação. A prisão de ventre, quando persistente, deve ser alertada a seu médico, pois a sua permanência pode levar a outros problemas médicos, como hemorroidas e cefaleias.

Para aumentar as idas ao banheiro e evitar os desconfortos da prisão de ventre:

- Coma alimentos ricos em fibra, como cereais, pães integrais e frutas;
- Quando sentir necessidade de ir ao banheiro, vá, não adie esse desejo;
- Tome muito líquido (água ou suco), no mínimo oito copos por dia;
- Pratique exercícios físicos, como caminhada, natação, hidroginástica ou ioga, pois ajudam a combater a prisão de ventre, além de aumentar sua disposição.

## Desmaios e tonturas

Tonturas e desmaios são clássicos sintomas de gravidez, assim como enjoos e alterações na fome. As causas das tonturas são diversas, mas a maioria está relacionada com: hormônios gestacionais, adaptações do corpo da mãe à gestação e hipoglicemia.

A progesterona, cujos níveis ficam elevados durante a gestação, tem a capacidade de causar dilatação nos vasos sanguíneos das mulheres (com mais intensidade nas grávidas), o que faz o sangue ficar retido nas veias das pernas, da pelve e abdominais. Essa retenção do sangue nas veias reduz o volume bombeado pelo coração, a pressão arterial e o fluxo sanguíneo cerebral, levando a gestante a desmaiar.

Como citado, a tontura e o desmaio também podem estar relacionados com o fato de a mãe estar se adaptando à espera do bebê. Com o crescimento do bebê, existe uma maior necessidade de fluxo sanguíneo na placenta para fornecer mais nutrientes e oxigênio. Em virtude disso, reduz-se a quantidade de sangue no cérebro da mãe, o que conduz a tonturas e desmaios. No fim da gestação o bebê cresce a ponto de comprimir a veia cava (veia que faz o retorno do sangue ao coração), o que também pode ser fator de tonturas e desmaios. Assim, aconselha-se que as gestantes durmam de lado em vez de com a barriga para cima.

Entre outras causas que podem levar ao desmaio, encontram-se: redução do nível de açúcar no sangue (hipoglicemia), anemia, aumento da frequência respiratória (por exemplo durante um esforço físico), alimentação insuficiente por causa dos enjoos etc.

A fim de prevenir tonturas e desmaios e, por conseguinte, intercorrências para a mamãe e o bebê, seguem algumas dicas:

- Faça refeições frequentes, evitando o jejum por mais de 2 horas;
- Evite permanecer em ambientes fechados e quentes;
- Levante devagar da cadeira ou da cama;
- Tenha cuidado ao sair de banhos quentes;
- Não fique de pé por muito tempo;
- Evite dormir de barriga para cima, principalmente nos últimos meses gestacionais;

- Se você sentir fraqueza, deite-se sem travesseiros e levante um pouco as pernas (coloque travesseiros embaixo delas);
- Em caso de tonturas frequentes, faça uso de meias elásticas, pois favorecem o retorno venoso;
- Aumente o consumo de água.

## Palpitação e aceleração do coração

Durante a gravidez a quantidade de sangue bombeada pelo coração por minuto sofre um aumento de 30% a 50%. Tal aumento começa aproximadamente na sexta semana e atinge o seu ponto máximo geralmente na 24.<sup>a</sup> semana. À medida que a quantidade de sangue bombeado cresce, a frequência cardíaca da mãe eleva-se de 70 batimentos por minuto para 80-90 batimentos por minuto em repouso. Acredita-se que essa aceleração do coração ocorra para suprir a necessidade maior de sangue pelo bebê em crescimento, tanto é que no fim da gravidez o útero e a placenta recebem 1/5 de todo o volume sanguíneo materno.

O aumento no volume de sangue e na aceleração cardíaca pode causar batimentos irregulares, variações nos sons das batidas e o sentimento de que o coração está batendo mais forte que o normal, o que chamamos de palpitação. Além da palpitação, a gestante pode notar diminuição na duração da respiração, tontura ou vertigem.

Mamães com ritmo cardíaco acelerado devem manter uma boa dieta, prática de exercícios moderados e monitoração do ganho de peso na gravidez. Evite fazer uso de qualquer coisa capaz de aumentar seu ritmo cardíaco, como caféina, álcool e tabaco. Durante períodos de palpitações devidas à gravidez, deve-se descansar o máximo possível para evitar agravamento do quadro e estresse para a mamãe e o bebê.

## Varizes e hemorroidas

Hemorroidas são veias dilatadas, também chamadas de varicosas, na região anal. Elas surgem em aproximadamente 50% das mulheres durante a gestação ou depois de dar à luz. Os sintomas incluem

muita coceira na região anal (que pode ou não ser dolorida), edema ou inchaço e sangramento retal. Porém a mamãe deve ficar atenta, pois nem todo tipo de sangramento é considerado hemorroida. É muito comum, por conta da prisão de ventre, ocorrerem lesões na região anal que provocam pequenos sangramentos.

As hemorroidas surgem por uma associação de diversos fatores: genéticos, anatômicos e hormonais. Mulheres de pele mais clara e que já apresentam veias à mostra nas pernas têm maior predisposição a varizes e, por conseguinte, a hemorroidas.

Fisiologicamente, durante a gestação o crescimento do útero e a sua expansão comprimem os vasos sanguíneos da pelve, responsáveis por conduzir o sangue ao coração, o que dificulta o chamado retorno venoso e favorece a dilatação dos vasos anorretais. Ao mesmo tempo, os níveis elevados de progesterona relaxam a musculatura do intestino e contribuem, como já explicado, para a prisão de ventre. Quando isso ocorre, as fezes ficam mais ressecadas e a gestante tem maior dificuldade para evacuar, predispondo o surgimento de hemorroidas.

Mas não fique preocupada, mamãe! O seu obstetra saberá fazer o correto acompanhamento do problema, e ainda existem algumas formas de prevenir o aparecimento das hemorroidas:

- Nunca force a evacuação, pois o esforço pode precipitar o aparecimento das hemorroidas. Caso esteja com dificuldades de evacuar, informe ao seu médico, pois ele poderá lhe receitar medicamentos que amenizem esse quadro;
- Previna a prisão de ventre: faça atividade física regularmente, ingira alimentos ricos em fibras (frutas, grãos, verduras, legumes) e beba bastante líquido;
- Evite alimentos irritantes – principalmente comida condimentada, que favorece a ardência – ou muito massudos, como pão, batata, banana e farinhas em geral;
- Faça a higiene da região anal com duchas próprias ou no banho, nunca com papel higiênico;
- Evite ficar sentada numa mesma posição por muito tempo.

Além das hemorroidas, que são varizes na região anal, é comum na gravidez surgirem varizes nas pernas. Pelo mesmo motivo das



hemorroidas, com o crescimento do bebê ocorre compressão das veias pélvicas, dificultando o retorno do sangue ao coração e causando acúmulo de sangue nas pernas e, conseqüentemente, inchaço e varizes (sobretudo para aquelas mães que já possuem predisposição genética).

Evite ficar longos períodos em pé ou sentada (especialmente com as pernas cruzadas), controle o aumento de peso na gestação, faça repouso periódico com as pernas elevadas e use meias elásticas, pois estas favorecerão o seu retorno venoso.

## **Inchaço nas pernas**

Em torno de 75% das futuras mães, em algum momento da gestação, reclamam de inchaço nas pernas e nos pés, que nada mais é do que uma retenção fisiológica de líquidos nos membros inferiores. O inchaço é geralmente progressivo, desaparecendo pela manhã e acentuando-se ao longo do dia, e tende a piorar se a gestante permanecer muito tempo em pé. Caso o inchaço for intenso e permanente, deve-se alertar o médico, a fim de que ele descarte a possibilidade de edema patológico associado a hipertensão, sinal importante de pré-eclâmpsia.

Há várias causas para a retenção de líquido e, conseqüentemente, o inchaço. Hormônios, como a progesterona, elevam-se na gravidez e têm o efeito de aumentar a permeabilidade dos vasos sanguíneos, o que permite o extravasamento de líquidos para os tecidos. Algumas mulheres possuem o sistema linfático mais lento, tendo dificuldade de drenar o líquido que se acumula no corpo. Anatomicamente, a partir do quinto mês de gestação o tamanho do útero dificulta o retorno do sangue das pernas para o coração, e o sangue se acumula nos membros inferiores. Até mesmo a temperatura ambiental pode predispor ao edema. Inchaços nas pernas são mais frequentes no verão, porque o calor provoca uma dilatação maior dos vasos sanguíneos, fazendo o sangue circular mais devagar e retendo com isso mais líquido corporal.

Seguem algumas dicas muito importantes para amenizar o inchaço nas pernas:

- Cuide da sua alimentação: controle o uso de sal nos seus alimentos, deixando de lado alimentos embutidos (salame, linguiça, salsicha) e priorizando legumes e verduras nas refeições;
- Exercite-se: a atividade física é uma ótima aliada no tratamento do inchaço. Os exercícios mais recomendados são aqueles que envolvem água, como natação e hidroginástica. Porém, antes de começar uma atividade física, a gestante deve conversar com o médico que acompanha o seu pré-natal para se certificar de que está apta a realizá-la;
- Utilize meias elásticas. Elas pressionam as paredes dos vasos e não permitem que ocorra extravasamento de líquido para os tecidos, o qual causa o inchaço. Indica-se usá-las desde o início da gravidez até o período pós-parto;
- Faça massagens nas pernas e nos pés com cremes apropriados, favorecendo assim o retorno do sangue ao coração e impedindo o seu acúmulo nas pernas. A drenagem linfática mostra-se uma ótima aliada das gestantes que procuram reduzir o inchaço, todavia certifique-se de que o profissional é especializado em atender gestantes. Não se deve massagear a região abdominal, somente braços, pernas, costas e glúteos;
- Coloque as pernas para cima. Ao final do dia, recomenda-se que as gestantes elevem as pernas com travesseiros com o objetivo de facilitar o retorno do sangue das pernas para o coração. Caso esteja no trabalho, você pode colocar as pernas numa cadeira ou em qualquer apoio, mantendo os pés no mesmo nível do quadril.

## Sangramento nasal e alteração de voz

Durante a gestação há um aumento vascular das mucosas, ou seja, os vasos sanguíneos da região interna da boca e do nariz ficam com mais sangue e com maior fluxo sanguíneo.

Os sangramentos nasais são causados pelo rompimento desses vasos, que estão mais frágeis durante a gravidez. Para conter o sangramento, deve-se pressionar a região superior do nariz durante alguns minutos com o dedo indicador e com o polegar, não inclinar a cabeça nem para trás nem para a frente, sentar com as costas e

a cabeça alinhadas. Se os sangramentos se tornarem frequentes, a gestante precisa pedir ao seu médico orientações sobre o melhor método de hidratar as narinas.

A alteração da voz é gerada pela congestão que tais vasos sanguíneos produzem na garganta. Eles obstruem a garganta, fazendo com que o som seja emitido de forma diferente do normal. Isso também pode causar a sensação de ter alguma coisa arranhando a garganta. Após o parto a voz volta ao normal.

## **Dificuldade na respiração**

A falta de ar é mais comum no último trimestre da gestação, sendo causada pelo crescimento do bebê, que comprime os pulmões e o diafragma da mãe, dificultando os movimentos respiratórios. No início da gestação não é muito comum, mas pode ocorrer em mulheres que tenham asma, bronquite ou estejam resfriadas.

Para prevenir a falta de ar a gestante deve: evitar grandes esforços, não deitar com a barriga para cima e controlar a ansiedade. Um bom planejamento das rotinas diárias ajuda a evitar a realização das tarefas de forma apressada. Quando estiver fazendo algum esforço físico, a gestante deve manter a respiração profunda e com intervalos regulares, e, sempre que estiver com falta de ar, interromper a atividade e tentar relaxar ajuda a diminuir o sintoma.

A falta de ar relacionada diretamente à gestação não deve estar associada a nenhum outro sintoma. Se além da falta de ar a gestante apresentar febre, calafrios, tosse, coração acelerado, unhas e/ou lábios arroxeados, é necessário procurar atendimento médico imediato, pois pode se tratar de uma doença respiratória ou cardíaca.

## **Aumento da frequência urinária**

Durante a gravidez a mulher tende a ir mais vezes ao banheiro para urinar, principalmente no primeiro e no terceiro trimestre de gestação, por conta da ação dos hormônios e pela compressão que o útero exerce sobre a bexiga.

A filtração renal é elevada durante a gestação, quer dizer, aumenta o volume de urina formada. As alterações na região pélvica para que o bebê se acomode durante a gravidez diminuem a capacidade da bexiga de armazenar urina, o que leva a grávida a ir mais vezes ao banheiro e eliminar menor quantidade de urina.

Durante a gravidez a mulher precisa consumir muito líquido, sobretudo água, para não desidratar. Ela também deve ir ao banheiro sempre que sentir vontade, pois isso ajuda a evitar uma infecção urinária.

É importante que, ao notar outras alterações ao urinar, como queimação, dor, sentir vontade de urinar e não conseguir, mudança na cor ou no cheiro da urina e presença de sangue, a gestante procure atendimento médico para investigação de uma possível infecção urinária.

## **Enxaqueca**

Enxaqueca é uma dor de cabeça do tipo pulsátil, que acontece de modo repetido, tipicamente de um lado da cabeça, acompanhada por sintomas como náusea, vômito, sensibilidade a luz (fotofobia) e a barulhos (fonofobia). Pode ser precedida de áureas (ver luzes piscando) ou não.

Normalmente as crises de enxaqueca melhoram durante a gestação, mas algumas gestantes não têm alterações das crises, e outras têm uma piora da enxaqueca. A melhora das crises pode estar relacionada à estabilização do nível de estrogênio e da progesterona.

As crises de enxaqueca são desencadeadas por estresse, ansiedade, ficar sem comer, excesso de ingestão de café, bebidas alcoólicas, alteração do sono, exposição prolongada ao sol, alterações climáticas, poluição e cigarro. O ideal é que a gestante evite os fatores desencadeantes citados; sessões de acupuntura também podem aliviar as crises. É fundamental que a gestante fale com seu médico a respeito das crises e que juntos estabeleçam o tratamento adequado para prevenir e tratar a enxaqueca.



## Depressão

O período gestacional é uma fase de mudanças na vida da mulher, em que ela está mais sujeita a apresentar distúrbios psíquicos, principalmente a depressão. É mais comum acontecer no primeiro e no terceiro trimestre de gestação, e também nos primeiros 30 dias após o parto.

A depressão está associada às alterações hormonais que influenciam o estado emocional da grávida, à ansiedade e às preocupações relacionadas a esse período, por exemplo, o medo de perder o bebê, a insegurança se vai conseguir ser uma boa mãe, a condição financeira, o fato de ter ou não um parceiro que dê suporte para a gestante e se a gestação foi planejada ou desejada pela futura mãe.

As alterações de humor da mulher dificultam o estabelecimento de um vínculo afetivo entre a mãe e o feto. O estado depressivo pode refletir em nascimento prematuro, baixo peso ao nascer e irritabilidade do bebê, pois a mulher deprimida apresenta uma redução dos cuidados com a saúde, não se alimentando adequadamente e às vezes consumindo álcool e outras drogas. Muitas dessas mulheres acabam não fazendo um acompanhamento de pré-natal, o que não garante uma condição satisfatória para o desenvolvimento fetal.

Os principais fatores de risco para a depressão na gestação são: antecedentes psiquiátricos, principalmente história anterior de depressão; dificuldades financeiras; baixa escolaridade; desemprego; ausência de suporte social e familiar; instabilidade nos relacionamentos; estresse; gravidez não desejada; dependência de álcool, tabaco e outras drogas; e história de violência doméstica.

Os sinais e sintomas aos quais se deve prestar atenção para um possível diagnóstico de depressão, caso pelo menos dois deles persistirem por mais de duas semanas, são: tristeza persistente; grande dificuldade de concentração; alteração do sono (dormir muito ou ter dificuldade para começar a dormir); alteração dos hábitos alimentares; parar de realizar as atividades que gostava de fazer; sentir-se inútil; desespero; pensamento de morte ou suicídio; ansiedade; sentimento de culpa.



Ao perceber os sinais de depressão, a gestante deve ser encaminhada ao médico para que se realize o tratamento adequado. O ideal é que essas mulheres recebam o acompanhamento de uma equipe multiprofissional, composta por médico, psicólogo e assistente social.

Algumas recomendações para as gestantes a fim de evitar o surgimento do quadro depressivo ou para ajudar a revertê-lo seriam: melhorar sua autoestima e incentivar a vaidade; realizar técnicas de relaxamento, como massagens; fazer atividades físicas moderadas; sair de casa para passear; falar sobre o que sente com familiares e amigos.

Se for necessário medicação antidepressiva, não se preocupe, existem medicamentos que não interferem no desenvolvimento de seu bebê.

## **Sonolência, fadiga e perda de memória**

A sonolência, a fadiga e a perda de memória são características comuns durante a gestação, principalmente no primeiro trimestre. Isso se dá por causa da progesterona, hormônio que está aumentado durante toda a gestação, o qual gera sonolência e diminuição da capacidade de reflexos da grávida, além de dificultar o raciocínio lógico e alterar a capacidade da gestante de lembrar de alguns fatos, como o próprio telefone e endereço.

A fadiga, aquela sensação de exaustão e cansaço durante a gestação, está relacionada ao aumento do volume sanguíneo e da frequência cardíaca materna para a distribuição de nutrientes para o bebê.

Para amenizar tais sintomas a gestante deve deitar mais cedo que o habitual, descansar em todos os momentos que puder, se possível arrumar alguém para auxiliá-la nas atividades diárias, realizar atividade física moderada. Manter uma alimentação equilibrada com verduras, legumes, frutas e cereais também ajuda a controlar essas alterações.

Para a perda de memória, recomenda-se que a gestante anote seus dados pessoais, compromissos e outras indicações que considere



importantes em uma agenda ou caderno pequeno, para que tenha acesso fácil a essas informações, para evitar estresse quando não se lembrar delas.

## **Insônia**

A insônia consiste na dificuldade de dormir ou de manter o sono ao longo da noite. Essa alteração acontece principalmente no terceiro trimestre de gestação e é desencadeada por diversos fatores, entre eles: o aumento abdominal, que gera dificuldade para a gestante achar uma posição confortável para dormir; a falta de ar, que também impede a grávida de ter um sono tranquilo; o aumento da frequência urinária, que interrompe o sono durante a noite; e a ansiedade diante da nova condição.

Além disso, o aumento hormonal durante a gestação pode ser uma das causas de insônia, já que o hormônio estrogênio possui um efeito estimulante, impedindo que a gestante relaxe para iniciar o sono e que ela durma tranquilamente e de maneira contínua.

Para melhorar essa condição a mulher deve evitar o consumo de bebidas estimulantes, como café, durante o período da noite. Deitar virada para o lado esquerdo e utilizar almofadas para acomodar melhor o corpo também favorece o sono com maior qualidade. Massagem nas costas e abdome, bem como tomar banho antes de deitar, ajuda a gestante a dormir melhor.

Se for necessário o uso de medicação, converse com seu médico. Um chazinho natural pode ser utilizado sem problemas.

## **Alergia**

As alergias são reações desencadeadas após exposição a determinados fatores ambientais em pessoas que já têm uma predisposição genética. As gestantes tornam-se mais susceptíveis a ter alergias pelas alterações hormonais, vasculares e imunes que ocorrem durante a gestação.

Existem diversos tipos de alergia, entre os quais a dermatite atópica, a dermatite de contato e a urticária.



A dermatite atópica é a alergia mais frequente entre as pessoas, sendo também comum nas gestantes. Na gravidez a pele se torna mais seca e a sudorese está aumentada, aspectos que favorecem o aparecimento de erupções e brotoejas na pele. A alergia pode se agravar durante a gestação ou aparecer pela primeira vez em mulheres que já eram predispostas. Para prevenir que as erupções surjam, é aconselhável usar sabonetes neutros, evitar banhos quentes e dar preferência ao uso de roupas de algodão e que não fiquem coladas ao corpo.

A dermatite de contato decorre de uma resposta imunológica ao contato com certas substâncias sobre a pele, como por exemplo vegetais e metais. As mulheres que já apresentam tal tipo de alergia devem evitar o contato com os agentes desencadeantes; as mulheres que nunca tiveram dermatite de contato e que forem predispostas podem manifestar o primeiro episódio ao experimentar um novo produto cosmético, por isso indica-se que a gestante use produtos que já tenha utilizado em algum outro momento da vida.

A urticária caracteriza-se pelo aparecimento de placas vermelhas, que pode se dar pelo consumo de alguns alimentos como nozes, chocolate, morango, corantes empregados nos alimentos. Em alguns casos a luz solar pode desencadeá-la. Durante a gestação a urticária pode se tornar mais intensa, por conta da retenção de líquidos, comum na gestação.

De maneira geral as recomendações para prevenir o surgimento de alergias durante a gravidez são: efetuar a higiene do ambiente, preferencialmente com aspirador de pó ou pano úmido, evitando contato com ácaros; preservar-se de contato com animais – se tiver animais que vivam dentro de casa, evite que ele frequente o seu quarto e suba na cama; resguardar-se de consumir alimentos que nunca comeu ou a que já tenha alergia; não tomar banhos demorados nem quentes, pois ressecam ainda mais a pele.

Vale lembrar que o tratamento das alergias deve ser acompanhado pelo médico da paciente e pelo seu alergista. A maioria das medicações para alergia pode ser usada na gestação, os corticoides tópicos também, mas sempre converse com seu médico antes de utilizá-los.



## DESENVOLVIMENTO DO SEU BEBÊ

### Primeiro mês

No primeiro dia ocorre a fertilização, seguida pela multiplicação das células nos próximos dias. A partir do oitavo dia se dá a implantação do óvulo nas paredes do útero, processo chamado de nidadação.

O bebê, já na terceira semana da fecundação, mede aproximadamente 2 mm, e na quarta semana, entre 5 e 6 mm, pesando 1 g. Antes mesmo de o casal saber da gravidez, o bebê já está em formação. Nessa época, a estrutura que formará a placenta desenvolve-se rapidamente, já estruturando suas vilosidades (saliências).

Ao final desse mês o embrião tem forma de um semicírculo. Por volta do 29.º dia surgem brotos dos braços e das pernas.

Geralmente o obstetra inicia a contagem das semanas no primeiro dia da menstruação, e não da fecundação.

### Segundo mês

O bebê nessa fase continua desenvolvendo os braços, as pernas e, logo depois, os pés e as mãos. No início do mês também começa a formação de um tubo digestório primitivo, assim como o desenvolvimento da face e dos músculos do embrião.

Chegando ao final do mês os dedinhos se separam, já com cartilagem nos membros, que mais para frente se tornarão ossos. A partir do 47.º dia também se inicia a formação de um órgão genital externo.

Aqui surgem os primeiros movimentos, e o embrião começa a adquirir forma. As células continuam se multiplicando, e o coração já bate. O tamanho do embrião ao final dessa fase é de 3 cm, e ele pesa aproximadamente 5 g.

## Terceiro mês

No início do terceiro mês o embrião passa a ser chamado de FETO. Os órgãos já estão formados, embora ainda falte muito a se desenvolver. A face do bebê já começa a ficar mais humana, conforme se desenvolve, com olhos, pálpebras, orelhas etc.

No início deste mês a cabeça representa metade do tamanho do corpo do bebê, mas a cabeça começa a diminuir a velocidade de crescimento quando comparada ao resto do corpo nesse período.

A partir da 12.<sup>a</sup> semana a genitália externa se desenvolve a tal ponto que já é possível determinar o sexo do feto com o ultrassom, mas, caso a curiosidade seja grande, outro jeito de saber o sexo do bebê é o teste de sexagem fetal. Ele pode ser feito a partir da oitava semana e envolve a análise do DNA fetal por meio do sangue da mãe.

Os ossos começam a se formar no lugar das cartilagens, constituindo os centros de ossificação primária, que a partir da 12.<sup>a</sup> semana estão presentes apenas em ossos longos e no crânio.

As células cerebrais entram em contato umas com as outras, gerando as vias nervosas primitivas. Cerca de 250 mil células cerebrais são formadas por minuto.

O feto tem movimentação ativa, o coração bate 140 a 170 vezes por minuto. A partir da décima semana ele começa a fazer movimentos de deglutição (engolir).

O risco de malformações e abortamento agora é bem menor.

Ao final do terceiro mês ele mede cerca de 10 cm e pesa 45 g.

## Quarto mês

A barriga começa a aparecer. O feto mexe-se ativamente dentro da bolsa amniótica, realizando movimentos essenciais para o desenvolvimento dos músculos e para o crescimento dos ossos, mas você ainda não sente. O feto toma agora forma de bebê, possuindo feições e até mesmo sobrancelhas. Com certeza até o fim desse mês o feto tem capacidade de sentir dor. Os principais órgãos já estão formados e muitos já começam a funcionar. O fígado é o maior órgão,



ocupando grande parte da barriguinha do bebê. Os rins começam a funcionar desde o terceiro mês e participam ativamente da produção de líquido amniótico.

As proporções do bebê agora são harmoniosas, mas a cabeça representa 1/3 do tamanho do corpo. O rostinho ganha formas suaves. Abrindo e fechando a boca, ele engole grande quantidade de líquido amniótico. Esse mecanismo tem um papel importante no desenvolvimento dos sistemas digestivo, pulmonar e urinário.

Ao final do quarto mês o bebê pesa 200 g e mede 15 cm.

## Quinto mês

A mãe sente os movimentos do bebê com maior intensidade, vigor e coordenação. O bebê trabalha os músculos respiratórios mesmo que ainda não utilize seus pulmões. As unhas já são visíveis, e todo o corpinho é coberto com uma fina penugem. A pele está mais espessa e menos transparente. Os olhinhos já podem perceber a claridade fora da barriga da mãe, apesar de as pálpebras estarem ainda fechadas. Agora ele já pode ouvir alguns sons e até mesmo reagir a eles.

Ao final do quinto mês o bebê mede 25 cm e pesa 650 g.

## Sexto mês

O feto já é um bebê em miniatura. Agora ele consegue fechar os punhos e se movimenta bastante. Como é pequeno, pode nadar no útero para cima e para baixo, mas a mãe sentirá mais esses movimentos durante a noite, quando repousa.

Embora o bebê durma de 18 a 20 horas por dia, ele reage a qualquer pressão contra a parede do abdome, pois sua pele já é sensível ao tato. Consegue reconhecer a voz do pai e da mãe.

Ao final do sexto mês seu bebê mede 35 cm e pesa 1 kg.

## Sétimo mês

O bebê continua a crescer e, principalmente de agora em diante, vai ganhar peso. Ele ocupa mais espaço e, como a relação entre a quantidade de líquido amniótico e o seu tamanho é menor, tem seus movimentos limitados. Sua pele é opaca e avermelhada, ainda enrugada por falta de tecido adiposo (gordura). É toda coberta por uma substância gordurosa, o verniz caseoso, que protege a pele e ajuda no deslizamento na hora do parto. Seu corpo é mais proporcional. As pálpebras se abrem. Reage a estímulos fortes e prefere músicas mais calmas. Os batimentos cardíacos alteram-se quando ouve sons. Parece sentir o carinho dos pais.

Ao final do sétimo mês já mede 42 cm e pesa 1.800 g. É um bebê viável, porém ainda prematuro.

## Oitavo mês

O rápido crescimento do cérebro continua. O feto está grande demais para se mover muito, mas ele pode dar chutes fortes e girar um pouco. Você já poderá notar um cotovelo ou calcanhar do bebê em sua barriga. Os ossos da cabeça são macios e flexíveis, facilitando o encaixe no canal para o nascimento.

Aqui começa a se depositar a gordura que fica abaixo da camada superficial da pele.

Ao final do oitavo mês o feto está com aproximadamente 44 cm e pesando entre 2,050 e 3,390 kg.

## Nono mês

O bebê normalmente vira e encaixa a cabeça na parte de baixo da barriga, aliviando um pouco a respiração da mãe. Nesse mês as características sexuais são mais pronunciadas, e os testículos já deverão estar no saco escrotal.

Ao final do nono mês o bebê já está medindo entre 47 e 51 cm e pesando de 2,600 a 4,100 kg.



## NUTRIÇÃO DA GESTANTE

*A gestante não deve comer o dobro, mas sim tomar o dobro de cuidado com o que come.*

A alimentação pode ser um detalhe, a princípio sem muita importância, mas está diretamente ligada ao sucesso da gestação!

Durante a gravidez, a prioridade é um ganho de peso suficiente e adequado para promover o desenvolvimento completo do bebê. Dessa forma, enfatiza-se que essa fase não é o momento de fazer dieta para emagrecer, mesmo que a gestante esteja com excesso de peso, pois uma alimentação restritiva pode arriscar a saúde da mãe e do bebê.

Nesse período, a necessidade de energia, proteínas, carboidratos e demais nutrientes está mais elevada, a fim de atender às necessidades requeridas para o desenvolvimento do feto e a formação de estruturas maternas (placenta, útero, glândulas mamárias e sangue), assim como para a constituição de depósitos energéticos da mãe utilizados durante o parto e a lactação. Normalmente tal acréscimo energético fica em torno de 300 calorias por dia (a partir do segundo trimestre), priorizando os alimentos ricos em nutrientes (vitaminas e minerais). Isso significa um pequeno lanche no meio da manhã e outro no meio da tarde; não é preciso comer exageradamente, e deve-se optar por alimentos nutritivos.

O estado nutricional adequado antes e durante a gestação é importante tanto para a mãe quanto para o bebê e vai determinar a qualidade de vida de ambos, influenciando a prevenção de sobrepeso e de alergias, diabetes, hipertensão, dislipidemias (colesterol e/ou triglicerídeos e/ou outras frações lipídicas alteradas), entre outros.



## Orientações em relação à nutrição necessária durante essa fase

- Fracionar a dieta, com menor volume (cinco a seis refeições): desjejum, lanche, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia, com intervalo de 3 em 3 ou 2 em 2 horas;
- Realizar as refeições em lugares tranquilos (de preferência com a TV desligada) e sem pressa, mastigando bem os alimentos, pois essas ações contribuem no processo de saciedade;
- Fazer nas grandes refeições (almoço e jantar) uma alimentação equilibrada, composta por alimentos pertencentes ao grupo dos vegetais (verduras e legumes), dos cereais ou tubérculos, das leguminosas e das carnes ou ovos, obedecendo à proporção entre eles, conforme figura 1:

**Figura 1** – Grupos alimentares presentes nas grandes refeições



Fonte: Disponível em: <[http://www.meupratosaudavel.com.br/oprograma\\_detalhes.asp?id=411711424317JUDBEY](http://www.meupratosaudavel.com.br/oprograma_detalhes.asp?id=411711424317JUDBEY)>. Acesso em: 6 maio 2014

- Optar por alimentos orgânicos sempre que possível, uma vez que se evita a ingestão de compostos químicos presentes nos agrotóxicos;
- Dar preferência a frutas e legumes da época;
- Cozinhar os vegetais preferencialmente em vapor ou imersos em pequena quantidade de água, de modo a reduzir minimamente as perdas de vitaminas;
- Ingerir no mínimo três tipos de saladas diferentes ao dia (três cores diferentes) entre cruas e cozidas;

- Consumir moderadamente óleo nas refeições, optando-se por azeite de oliva extravirgem, óleo de gergelim e/ou de abacate;
- Temperar as saladas com temperos naturais como: vinagre, limão, sal, cheiro-verde, salsa, ervas e azeite de oliva;
- Consumir diariamente entre quatro e seis porções de frutas diferentes;
- Ingerir alimentos ricos em fibras para um bom funcionamento intestinal. Seguem algumas dicas: consumir vegetais e frutas de preferência crus e com bagaço e/ou casca quando possível. Aumentar o consumo de produtos integrais (arroz, cereais matinais, pães, biscoitos, farinhas);
- Hidratar o organismo com, no mínimo, dois litros de líquido por dia. Preferir água e sucos com pouco açúcar. Evitar bebidas ricas em cafeína (café, chá-preto, refrigerantes à base de cola), água tônica, bebidas energéticas e refrigerantes em geral. A quantidade de cafeína não deve ultrapassar 300 mg/dia;
- Optar por peixes ricos em ácido graxo ômega 3: cavala, salmão, atum, truta, sardinha;
- Aumentar a exposição aos raios solares, de forma segura, para elevar a biodisponibilidade de vitamina D;
- Evitar alimentos ricos em sódio: refrigerantes, alimentos industrializados/congelados (lasanha, *pizza*, massas prontas em geral), enlatados, embutidos;
- Controlar o consumo de alimentos calóricos e pobres em nutrientes (por exemplo, *fast food*, sorvetes, bolos recheados, chocolates, refrigerantes);
- Moderar o consumo de chás;
- Não consumir bebida alcoólica;
- Não fumar.

## Recomendações especiais sobre alguns nutrientes

- **Ferro:** elemento fundamental na gestação, pois o volume de sangue da gestante aumenta e o sangue do bebê deve ser produzido. Comer carne regularmente contribui para cobrir as necessidades de ferro.



Outras fontes desse mineral são: folhas verdes escuras, beterrabas, feijão e lentilha. A absorção do ferro presente nos alimentos de origem vegetal é melhor quando estes são associados à vitamina C (presente, por exemplo, na acerola, goiaba, pimentão vermelho, kiwi, laranja, maracujá, limão, abacaxi);

- **Cálcio:** mineral importante para a formação óssea do bebê. Recomenda-se consumir diariamente em torno de três copos de leite desnatado ou semidesnatado ou três copos de iogurte desnatado ou três fatias de queijo branco (minas, frescal ou ricota). Devem-se também ingerir fontes vegetais ricas em cálcio como: brócoli, repolho, couve, salsa, rúcula, manjericão, amêndoas, semente de gergelim e grão-de-bico;

- **Ácido fólico:** Sem ele não existe crescimento celular. Alimentos ricos em ácido fólico: germe de trigo, espinafre cru, lentilha, grão-de-bico, feijão, alface, avelã, beterraba crua, brócoli cozido, abacate.

## Para prevenção de toxoplasmose e listeriose

- Evitar o consumo de carnes cruas;
- Consumir somente carne bem passada;
- Não ingerir leite e derivados crus ou não pasteurizados;
- Lavar bem e sanitizar frutas e vegetais.

## ATIVIDADE FÍSICA

*A atividade física poderá proporcionar o bem-nascer da criança, fruto do bem-estar da mãe.*

A gravidez é uma ocasião de intensas alterações físicas e emocionais. Nos últimos anos, o estudo da atividade física no período gestacional tornou-se um fato importante quando se considera o bem-estar e a saúde integral da mulher.





A gestante necessita: de um trabalho de consciência corporal a cada mudança estrutural que a atinge nos trimestres sucessivos; de melhor capacidade cardiorrespiratória para o desempenho da rotina doméstica e profissional; de melhor qualidade musculoesquelética para adequar-se às mudanças posturais e para o desempenho do trabalho de parto; de melhor função circulatória; de autoestima e da convivência com outras gestantes; e principalmente de sentir-se segura e feliz, com o apoio do marido, da família, do obstetra e do profissional que a assiste em sua atividade física.

Entre as modalidades mais recomendadas pelos médicos estão aquelas de baixo impacto, como hidroginástica, ioga e pilates. Caminhar meia hora por dia também é ótimo, pois vai melhorar muito a função cardiorrespiratória da gestante.

Algumas atividades são contraindicadas. É o caso de esportes de contato, como futebol, vôlei e basquete, por conta do risco de choques contra a barriga. As futuras mães também devem evitar andar de bicicleta, pois a alteração do centro de gravidade, ocorrida durante a gestação, pode causar quedas. Na lista de proibições constam ainda andar a cavalo e de patins e mergulhar.

## **A atividade física melhora a qualidade de vida!**

Fazer do exercício um hábito, incorporá-lo ao seu cotidiano independentemente da temperatura, da estação do ano ou do período em que se encontra, trará benefícios físicos, motores e psicossociais, dando mais disposição para as demais tarefas diárias.

## **Benefícios dos exercícios de solo**

Os principais objetivos dos exercícios são melhorar a musculatura para proteger as articulações e diminuir o risco de lesões em ligamentos; ajudar na circulação; melhorar a oxigenação com o desenvolvimento do controle respiratório; aliviar as tensões musculares.



Podemos citar alguns:

### 1. Musculação

Apesar de parecer incompatível com a gestação, a musculação pode, sim, ser adotada na gravidez, especialmente se a mulher já praticava a modalidade. Mas nem todos os médicos a liberam, então consulte o seu obstetra.



Se bem orientada, é uma atividade muito interessante, uma vez que fortalece musculaturas responsáveis pelo controle postural, mas há sempre a necessidade de realizar ajustes, conforme a individualidade de cada gestante.

### 2. Pilates

O Pilates é uma das modalidades mais praticadas pelas mulheres grávidas; por ser um método de exercícios de baixo impacto, não provoca sobrecarga nas articulações das gestantes. Além disso, o Pilates possui alguns princípios que trazem muitos benefícios, como aumento da flexibilidade, fortalecimento muscular, consciência corporal, relaxamento e uma respiração mais adequada.

Por ativar o sistema circulatório, o Pilates também contribui para aliviar dores e inchaços nos membros inferiores, além de fortalecer essa musculatura para que aguente o ganho de peso e ajude a aliviar a sobrecarga na coluna.



Enfim, o Pilates traz inúmeros benefícios para a futura mamãe, mas é muito importante ter um acompanhamento adequado, feito por um profissional que tenha conhecimento de todas essas alterações fisiológicas, para que as aulas se tornem funcionais e prazerosas para o corpo de cada gestante. Não podemos esquecer a importância do acompanhamento médico, que vai liberar ou não a prática de qualquer exercício físico nesse período.

### 3. Caminhada

Trata-se de um excelente preparatório para o parto! Sua prática frequente melhora a capacidade cardiorrespiratória e ajuda muito no encaixe do bebê dentro da bacia da mãe. As caminhadas devem ser feitas no ritmo/velocidade que for confortável para você, nem muito rápido, nem muito devagar. O ideal é caminhar no mínimo meia hora cerca de três vezes por semana em dias intercalados. Atenção para o calçado: tênis adequado e confortável. Cuidado com o terreno, fique sempre de olho para não tropeçar nas pedras, nos buracos e nos desníveis de pista de terra, grama etc.

### 4. Ioga

As posturas da ioga alongam e tonificam os músculos, fazendo com que a futura mãe não fique com os movimentos restritos no final da gravidez. Além disso, os exercícios relaxam as articulações, ativam a circulação, aumentando a oxigenação do organismo, e ampliam a flexibilidade corporal, o que é essencial para a gestante se adaptar com mais facilidade às mudanças físicas e conseguir manter-se equilibrada diante das alterações hormonais que podem afetar o humor e o bem-estar.



### 5. Alongamento

Para aumentar a flexibilidade e relaxar os músculos já tão sobrecarregados pelas mudanças posturais na gravidez, o alongamento é muito importante para as gestantes. A prática também proporciona maior agilidade e elasticidade ao corpo, ajudando a prevenir lesões.

O alongamento deve fazer parte de todo programa para gestantes, mas também precisa haver cuidado com o excesso, pois os ligamentos e as articulações nesse período estão mais sensíveis por causa dos hormônios.



## 6. Treinamento funcional

O treinamento funcional é composto por um “combinado” de exercícios com o uso de diversos tipos de equipamento, visando proporcionar maior equilíbrio, força, resistência, flexibilidade e coordenação. Já há profissionais no mercado que desenvolvem um programa de treinamento funcional específico e adaptado às gestantes – retirando, é claro, exercícios arriscados e de instabilidade.

Na gravidez, a orientação deve ser sempre a segurança da gestante, não só pela superfície estável, como também pelo grau de dificuldade ou ação do exercício.

## 7. Hidroginástica

Benefícios dos exercícios na água:

As vantagens que a mulher grávida tem ao imergir em um meio líquido são surpreendentes. A água cria sensações de prazer, bem-estar, força, calma... Energia!!!

A água facilita a movimentação do corpo, diminuindo o impacto dos movimentos executados, e favorece o relaxamento, livrando o organismo de certos incômodos musculares como as lombalgias (dores nas costas). A pressão que a água exerce sobre o corpo facilita a circulação, reduzindo assim as dores nas pernas e o edema (inchaço) nos pés e nas mãos.



## Contraindicações aos exercícios

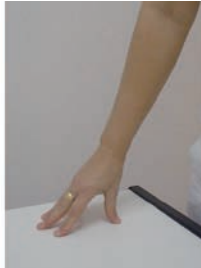
- ✓ Problemas de coração;
- ✓ Doenças infecciosas;
- ✓ Risco de parto prematuro;
- ✓ Sangramento uterino e ruptura de bolsa;
- ✓ Crescimento inadequado do bebê;
- ✓ Pressão alta;
- ✓ Qualquer suspeita de sofrimento fetal;
- ✓ Nenhum controle pré-natal;
- ✓ Gravidez múltipla.

## Orientações e precauções gerais para as mães

Indica-se começar a atividade física após os exames pré-natais, pois somente o obstetra poderá liberar ou não a gestante para os exercícios. O ideal é iniciá-los após a 12.<sup>a</sup> semana de gestação e preferencialmente já ter realizado um exame ultrassonográfico. Caso não haja intercorrências, o exercício poderá ser estendido até o fim da gestação.

Evite sobrecarga nas articulações (juntas), pois com as mudanças hormonais as cartilagens ficam mais macias, e os ligamentos, relaxados, o que pode ocasionar lesões.

Evite também realizar apoio com as mãos; se for necessário, faça-o com as pontas dos dedos ou com os punhos serrados, pois o edema (inchaço) geralmente se concentra nos tornozelos e no punho, reduzindo a mobilidade, e nas mãos pode ocasionar a compressão do nervo mediano, que corre atrás do punho, gerando dores e formigamentos – é a chamada síndrome do túnel do carpo.



É preciso lembrar que, além da frouxidão ligamentar, há aumento do líquido sinovial dentro das articulações (juntas), deixando-as instáveis. Devem-se evitar atividades que requeiram movimentos bruscos ou rápidas mudanças de direção. É necessário cuidar também para subir e descer escadas; passadas lentas e precisas são fundamentais. Evite o salto alto, procure usar um calçado mais baixo.



## Dores nas “costas”

Uma das maiores queixas das mulheres durante a gestação é a dor na coluna – algo perfeitamente compreensível, já que a mulher grávida enfrenta uma série de transformações no corpo, sobretudo grandes alterações hormonais.

A mudança nos níveis de hormônios deixa os ligamentos do corpo da gestante mais elásticos e com maior mobilidade, tornando as articulações mais frouxas. Tal fator, em conjunto com o aumento de peso, pode provocar dores em quadris, joelhos, tornozelos e especialmente na coluna.

Estudos indicam que quase 80% das mulheres grávidas sentem dores na coluna, sobretudo na região lombar. Para piorar, ao sentir que a barriga e as mamas crescem, a mulher grávida adota uma postura errada. Na tentativa de amenizar o peso, muitas gestantes colocam a barriga para a frente e o quadril para trás, acentuando a lordose normal do corpo e agravando as dores nas costas.

As futuras mães sedentárias são as mais propensas a ter dor nas costas, em virtude do não fortalecimento dos músculos, flácidos e sem força para suportar o peso extra.

### ■ O que fazer?

A realização de exercícios durante a gravidez, não exagerando no excesso de peso, e a adoção de postura correta durante o sentar, carregar peso e dormir previnem as dores na coluna.

Ao sentar, a mulher deve manter a coluna ereta e escolher uma cadeira confortável. Não deve carregar objetos pesados e, ao pegar algo, tem de dividir o peso nas duas mãos. O correto é dobrar o joelho, e não a coluna, ao apanhar algo no chão. Dormir de lado com um travesseiro entre as pernas constitui uma medida importante, juntamente com as indicações anteriores, para prevenir dores na coluna.

**Lembre-se:** faça exercícios sugeridos por um profissional qualificado e especialista em gestantes. Atividades programadas por profissionais não capacitados podem ter efeito contrário. A hidroginástica e a caminhada são atividades recomendadas para as futuras mães.

## Sugestões



**Figura 1** – Sentada sobre os calcanhares, com as pernas afastadas, realize o movimento de estender os braços à frente. Mantenha por 10 s e relaxe.

**Figura 2** – Sentada, dobre a perna direita e deixe a outra perna esticada. Com a mão esquerda, tente alcançar o pé esquerdo. Mantenha por 10 s e troque de lado.

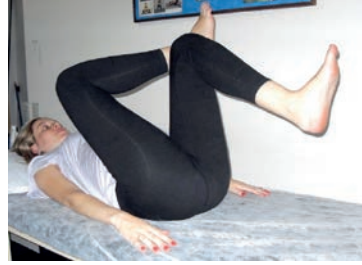


**Figura 3** – Deite de costas, com a coluna bem encostada no chão. Deixe as pernas dobradas. Traga os joelhos em direção ao peito. Mantenha por 10 s e solte. Repita o movimento.





**Figura 4.1** – Alongamento de glúteo (ciático): deite de costas, com a coluna bem encostada no chão, cruze uma das pernas sobre o joelho da perna oposta, fazendo o “número quatro”...



**Figura 4.2** – ... e em seguida, com as duas mãos, puxe a perna de baixo em direção ao peito. Mantenha por 10 s e relaxe. Depois repita o movimento alternando as pernas.

**Figura 5** – Em pé, afaste as pernas, coloque uma perna na frente e a outra atrás (apoiando todo pé no chão). Em seguida dobre o joelho da perna que está na frente e deixe a perna de trás esticada. Mantenha por 10 s e relaxe. Troque de lado.



## Posicionamento para deitar e relaxar



**Figura 1** – Procure deitar sempre do lado esquerdo para evitar compressão da veia cava. Coloque um travesseiro entre as pernas para melhorar o relaxamento e evitar dores lombares (nas costas).



**Figura 2** – Você pode deitar de barriga para cima com a cabeça mais elevada e com um apoio embaixo dos joelhos.



**Figura 3** – Posição de descanso: deite-se na cama ou no chão com as pernas esticadas e apoiadas na parede, a uma altura de aproximadamente 60 cm acima do corpo.

**Figura 4** – Você pode também deitar-se de costas no chão e apoiar as pernas sobre uma cadeira.



## Respiração

O oxigênio é o “alimento” mais vital de que precisamos. Durante a gravidez, os pulmões e o organismo do bebê vão se preparando para essa função vital. A prática da respiração com consciência é excelente tanto para relaxar quanto para oxigenar melhor o seu sangue e o do bebê. Uma das técnicas que favorecem o relaxamento consiste em inspirar pelo nariz lenta e profundamente, procurando encher o abdome como se fosse uma bexiga, expirar (soltar o ar) pela boca

como se estivesse apagando uma vela (esvaziando o abdome), de modo a sentir o movimento somente na região abdominal.



Posição de relaxamento para respiração diafragmática

## Massagem / drenagem linfática

A massagem é um ótimo analgésico, desde que feita nos locais adequados e em tempo suficiente. Além de melhorar a circulação e estimular mais de 5 milhões de receptores táteis que ficam sob a pele, a manipulação da pele e dos tecidos faz com que a gestante se comunique melhor com seu corpo e permaneça mais tranquila.



As sessões de massagem e/ou drenagem linfática podem ter início logo nas primeiras semanas de gestação, quando a mulher já começa a perceber mudanças no corpo e no comportamento. As transformações deixam as grávidas sensíveis e inseguras, principalmente pelo fato de que a mulher acaba tendo de reduzir o ritmo intenso do dia a dia.

### ■ Indicações

- ✓ Alivia as dores lombares;
- ✓ Diminui o inchaço (edema) nas pernas;
- ✓ Auxilia o retorno venoso, estimulando a circulação sanguínea e linfática.

## ■ Contraindicações

- ✓ Gravidez com complicações severas;
- ✓ Febre, lesões de pele, trombose, processos inflamatórios.

Todo caso deve ser avaliado pelo médico/fisioterapeuta.

## Exercícios indicados na gravidez

### ■ Alongamentos



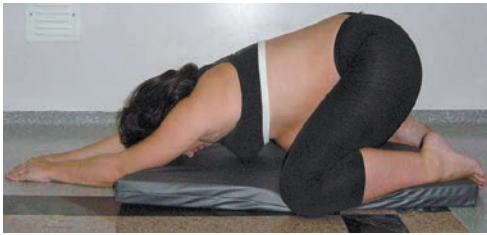
**Figura 1** – Deite de costas, com a coluna bem encostada no chão. Deixe as pernas dobradas. Traga os joelhos em direção ao peito. Mantenha por 10 s e solte. Depois repita o movimento.

**Figura 2** – Fique sentada, com as costas eretas e as pernas cruzadas. Apoie a mão esquerda no solo, atrás das nádegas, e a direita no joelho esquerdo. Gire o tronco, a cabeça e o pescoço para o lado esquerdo, olhando por cima do ombro. Mantenha por 10 s e relaxe. Troque de lado.



**Figura 3** – Posição de borboleta: fique sentada, com as costas eretas e as plantas dos pés unidas. Tente deixar os joelhos mais próximos do chão. Mantenha por 10 s e relaxe.

**Figura 4** – Sentada, dobre a perna direita e deixe a outra perna esticada. Com a mão esquerda, tente alcançar o pé esquerdo. Mantenha por 10 s e troque de lado.



**Figura 5** – Sentada sobre os calcanhares, com as pernas afastadas, realize o movimento de estender os braços à frente. Mantenha por 10 s e relaxe.

**Figura 6** – Em pé, semiflexione os joelhos, incline o tronco lateralmente para o lado esquerdo, juntamente com o braço direito erguido, mantenha por 20 s e relaxe. Repetir com o outro lado.



**Figura 7** – Em pé ou sentada, puxe com a mão esquerda a cabeça em direção ao ombro esquerdo e ponha o braço direito nas costas, ao longo da cintura. Mantenha por 20 s e relaxe. Repita com o outro lado.



## ■ Fortalecimento

**Figura 1** – Sente-se com as costas apoiadas. Flexione o braço esquerdo e volte devagar. Repita o exercício com o outro braço. Cuidado: não projete o abdome e o peito para a frente.



**Figura 2** – Fique em pé, com as pernas afastadas, os braços estendidos para baixo e a palma das mãos voltada para o corpo. Flexione os braços, trazendo as mãos em direção ao peito.

**Figura 3** – Deite de costas, com as pernas flexionadas e com os braços no chão, flexionados, na altura dos ombros. Leve os braços em direção ao peito e volte devagar. Se você preferir, pode fazer este exercício em pé, em vez de executá-lo deitada.





**Figura 4** – Sentada, com as costas apoiadas em uma cadeira, eleve o pé até a altura do joelho e volte devagar. Repita com a outra perna. Cuidado: não tire as costas da cadeira.

**Figura 5** – Fique em pé e apoie-se em uma cadeira. Eleve a perna direita para o lado, deixando a ponta do pé para a frente. Volte devagar. Faça o exercício com a outra perna.



## ■ Trabalho com musculatura de períneo

O períneo deverá ser estimulado sempre, no mínimo 100 vezes por dia, sempre fazendo a contração (como se estivesse segurando o xixi) e relaxando.



**Figura 1** – Deite de barriga para cima, dobre as pernas e coloque no meio delas uma bola (ou travesseiro). Faça o movimento de apertar a bola, mantenha por 10 s e relaxe. Repita o movimento no mínimo 20 vezes ao dia.



**Figura 2** – Sente-se de cócoras e mantenha, se possível, as plantas dos pés totalmente no chão. Apoie os braços nos joelhos e permaneça com a coluna ereta e a cabeça no eixo do corpo. Se tiver dificuldade nessa posição, você pode encostar-se na parede. Esse exercício é ótimo também para problemas intestinais. **Obs.:** Não é aconselhável para pacientes com problemas nos joelhos.



#### ■ Dicas importantes

- ✓ Líquidos: devem ser ingeridos livremente antes, durante e após o exercício para evitar desidratação;
- ✓ Sintomas incomuns: a atividade deve ser interrompida, e o médico, comunicado.

*Durante a gestação, respeite-se como nunca. Não queira ir até o fim dos limites físicos e mentais. Você precisa de reservas; prepare-se para entender e vivenciar todas as etapas, dificuldades e prazeres desta fase maravilhosa que é a GRAVIDEZ.*

## ODONTOLOGIA PARA GESTANTES E SEUS BEBÊS

### Odontologia pré-natal

O pré-natal odontológico é um acompanhamento da gestante que visa a sua saúde bucal. Por meio desse acompanhamento se busca orientar e educar a mãe grávida para que ela estabeleça um bom padrão bucal, capacitando-a a melhor cuidar de seu filho.

A gestante não apenas pode como deve receber atendimento odontológico durante a gravidez. Durante muito tempo se acreditou que era desaconselhável o tratamento dentário em gestantes. Atualmente se sabe que tal ideia está ultrapassada; existem conhecimentos científicos suficientes que desmistificam essas teorias.

Sabe-se hoje que a doença periodontal é um dos fatores predisponentes para o trabalho de parto prematuro, o qual, por sua vez, é uma importante causa de morbiletalidade neonatal.

A prevenção dos problemas bucais deve começar o mais cedo possível, antes mesmo de o bebê nascer. Com algumas medidas preventivas simples e orientações passadas desde o início da gestação, consegue-se proporcionar mais saúde bucal à mãe e ao bebê.

A saúde começa pela boca, incluindo a importância dos cuidados com a higiene bucal e com a alimentação. O melhor período para realizar um tratamento dentário em gestantes é entre o quarto e o sexto mês (segundo trimestre gestacional), porém, se houver necessidade, deve ser efetuado imediatamente.

O anestésico pode ser utilizado. Existem tipos diferentes para aplicações específicas. Em caso de dúvida o obstetra deverá ser consultado.

Radiografias devem ser evitadas no primeiro trimestre (período de embriogênese). Quando necessário executá-las, sempre usar o avental de chumbo para proteção da mãe e do feto.

A gestação não é responsável pelo aparecimento de cáries. Durante a gestação ocorre uma série de mudanças na cavidade bucal que podem resultar em lesões de cárie, como mudanças na dieta, dificuldades durante a higienização bucal por causa das náuseas e diminuição do pH salivar por conta dos vômitos frequentes (a saliva fica mais ácida, favorecendo o aparecimento de cáries). Também já está comprovado que os dentes não participam do metabolismo sistêmico do cálcio da mãe.

Comumente se aceita a teoria de que o aumento brusco dos hormônios femininos circulantes durante a gestação é responsável pela exacerbação da reação inflamatória gengival, sobretudo por sua ação vasodilatadora.

Apesar de a gestação intensificar a reação inflamatória no tecido gengival, o controle do biofilme dentário (placa bacteriana)





por meio de escovação apropriada e do uso do fio dental diminui consideravelmente a inflamação e o sangramento.

## **Dicas para uma adequada higiene bucal**

Durante a gestação faz-se necessário redobrar os cuidados com a cavidade bucal. Algumas dicas para cuidar da higiene bucal da futura mamãe são: use escova dental macia e de cabeça pequena; utilize diariamente fio ou fita dental; coloque na escova pouco creme dental (uma porção do tamanho de uma ervilha), o que evitará náuseas durante a gestação; se houver algum ponto da gengiva com sangramento, limpe melhor essa região, a fim de prevenir uma possível gengivite (inflamação da gengiva).

## **A formação dos dentes do bebê**

Os dentes de leite começam a se formar a partir da sexta semana, e os permanentes, a partir do quarto mês de vida intrauterina. Para uma boa formação do bebê em desenvolvimento, a gestante deve suprir todas as exigências nutricionais solicitadas. Uma dieta balanceada e rica em vitaminas, proteínas, minerais, além de equilibrada em carboidratos e gorduras, promove a formação de reserva de ambos, mãe e filho.

O controle da ingestão de carboidratos, refrigerantes e doces, além de minimizar a formação da placa bacteriana, ajuda na melhor qualidade da alimentação. Alimentos naturais e frescos são sempre a melhor escolha.

## **PREPARANDO-SE PARA O NASCIMENTO**

Antes mesmo de o bebê nascer, existem algumas responsabilidades e preparativos que cabem a seus pais, como providenciar o enxoval, escolher a maternidade em que o bebê vai nascer, escolher o pediatra



que vai acompanhar o bebê (e, de preferência, fazer uma consulta com ele antes do nascimento para que possam ser esclarecidas todas as dúvidas) e, enfim, preparar a mala que será levada para a maternidade. Ainda, para que o parto ocorra sem nenhuma surpresa desagradável, é imprescindível o comparecimento às consultas de pré-natal, a fim de que haja um acompanhamento adequado da gestação.

Porém preparar-se para o nascimento do bebê não se limita a aprontar o enxoval ou o quartinho do bebê. Os pais precisam preparar-se psicologicamente para receber a criança, não deixar que medos e problemas influenciem nos seus sentimentos. A presença e o apoio dos familiares nesse período, além da segurança transmitida pelo obstetra e toda a equipe de saúde, são também aspectos fundamentais que trarão maior tranquilidade. Isso é fundamental para que o bebê nasça e cresça em um ambiente saudável e agradável.

## **Preparação do lar**

Ao preparar o quartinho do bebê e o enxoval, deve haver preocupação quanto ao conforto e à segurança do bebê. É importante garantir que o berço e as mobílias que serão instalados no quarto do bebê estejam de acordo com as diretrizes da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e sejam regulamentados pelo Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Inmetro), para que não ocorram acidentes. E, em caso de mais de um bebê, é importante providenciar um berço para cada um.

Além disso, alguns itens básicos serão necessários quando chegar em casa com o seu bebê, portanto, é interessante que se tenha em casa: algodão, gaze, álcool iodado ou álcool a 70%, esparadrapo antialérgico ou micropore, sabonete transparente de glicerina, álcool comum, soro fisiológico 0,9%, uma tesourinha infantil para cortar a unha do bebê e uma lixa, um termômetro digital, pequenas fraldas de pano para limpeza da região genital do bebê e xampu sem cheiro.



## Alojamento conjunto

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, os hospitais devem trabalhar com o sistema de alojamento conjunto, em que o bebê permanece com a mãe após o nascimento. Isso estreita o vínculo familiar, favorece o aleitamento materno e torna a mãe segura para prestar cuidados ao seu bebê. O bebê só será separado da mãe se o médico pediatra entender que o estado de saúde da criança assim exige.

As visitas sociais devem ser limitadas, com o intuito de proporcionar tranquilidade à família e evitar o desgaste da mãe e do bebê.

## O que trazer para a maternidade?

- Para o período de permanência por mais ou menos três dias

### Para o bebê

- ✓ 1 pacote de fraldas descartáveis – tamanho RN ou P;
- ✓ 4 conjuntos do tipo pagão ou *bodies* com calça;
- ✓ 3 *tip-tops*;
- ✓ 3 pares de meia;
- ✓ 1 cobertor ou manta;
- ✓ 2 cueiros;
- ✓ 1 toalha de banho;
- ✓ 1 escova de cabelo;
- ✓ 1 sabonete neutro.

As roupas devem ser confortáveis, práticas de vestir e de preferência em algodão, sem rendas, laços ou babados.

### Para a mamãe

- ✓ 2 camisolas ou pijama com abertura na frente;
- ✓ 1 pacote de absorvente hospitalar;
- ✓ 1 sabonete neutro;
- ✓ 1 toalha de banho;
- ✓ 1 toalha de rosto;
- ✓ 1 chinelo;
- ✓ Material de higiene pessoal.



Para a sala de parto é necessário levar apenas uma troca de roupa para o bebê (1 *body* com calça ou conjunto pagão, 1 *tip-top*, 1 meia, 1 fralda e 1 cobertor). A sua roupa fica no quarto ou o acompanhante leva posteriormente. Não esqueça de levar também uma troca de roupa para você usar na saída da maternidade.

## Visitas

As visitas devem ser restritas e respeitar os horários da maternidade. Além disso, devem ser cuidadosas e sempre lavar as mãos previamente ao pegar o bebê. E, caso apresentem algum sintoma de resfriado, gripe ou alguma outra doença viral, é importante que evitem ficar perto do bebê.

## O NASCIMENTO DO BEBÊ

*O parto proporciona emoção plena do exercício da maternidade à mulher.*

A futura mamãe chega à maternidade/hospital e será encaminhada ao centro obstétrico (sala de parto). Deve-se trazer sempre:

- ✓ Carteira de identidade;
- ✓ Carteira de convênio;
- ✓ Cartão de pré-natal;
- ✓ Exames médicos recentes.

## O trabalho de parto

### ■ Sintomas do pré-parto

A cegonha está chegando! O grande e tão esperado momento se aproxima. O pré-parto ou período premonitório inicia-se entre 30 e 36 semanas de gravidez e termina com o início do trabalho de parto



ativo. No decorrer dessas semanas, ocorrem a descida do fundo do útero e a acomodação do bebê no canal de parto.

As gestantes começam a sentir contrações que ainda são irregulares e de pouca intensidade, que servem para encaixar o bebê. Algumas mulheres também apresentam episódios de cólicas durante esse período. Há aumento das secreções vaginais, geralmente com presença de muco e em alguns casos de raias de sangue.

Se houver contrações regulares ou perda de líquido vaginal espontânea, procure o seu médico. Pode ser o início do trabalho de parto, assunto que será abordado adiante.

### ■ Sintomas do falso trabalho de parto

O início do trabalho de parto é diferente para cada mulher, por isso é importante que a gestante saiba diferenciar os sinais do falso trabalho de parto (que não causam dilatação do colo do útero) dos sinais do trabalho de parto verdadeiro, os quais indicam que o trabalho de parto começou efetivamente (com dilatação do colo uterino).

Contrações uterinas são comuns no final da gravidez; as do falso trabalho de parto são irregulares, e uma mudança de atividade ou mesmo de posição resulta na diminuição da intensidade das contrações.

Por isso, fique atenta à regularidade das contrações, à eliminação de uma secreção gelatinosa pela vagina (tampão mucoso) e à perda de líquido involuntária, que pode significar o rompimento da bolsa de água. Na presença desses sinais, entre em contato com o seu médico ou procure atendimento hospitalar.

### ■ Sintomas do trabalho de parto verdadeiro

O trabalho de parto é diferente para cada mulher, mas consegue-se determinar quando ele começa. Sabe-se que não é algo repentino, ou seja, várias mudanças fisiológicas acontecem no corpo para fazer com que você esteja preparada para o momento tão esperado de dar à luz. Dessa forma, o trabalho de parto divide-se em quatro momentos:

- 1) Fase 1 ou fase latente, caracterizada pelo início da dilatação do canal de parto. É quando o colo do útero fica cada vez mais fino e amolecido, preparando-se para dilatar. Isso pode ser avaliado pelo médico por meio do exame de toque ou pela contagem de contrações irregulares, que aparecem a cada 20 ou 30 minutos. Nesse período você deve aguardar que as contrações fiquem regulares;
- 2) Fase 2 ou fase ativa, na qual as contrações têm um ritmo regular, inicialmente duas ou três contrações boas em 10 minutos e que duram no mínimo 40 a 50 segundos. Além disso, pode haver o rompimento da bolsa, verificado mediante a perda de líquido quente que “escorre” pela perna ou a perda vaginal de muco (secreção com aspecto de “catarro”, que é o tampão mucoso e pode aparecer com um pouco de sangue). As alternativas para o caso de dor nessa fase incluem banho terapêutico, técnicas de respiração adequada, caminhadas, bolas fisioterápicas e até anestesia peridural;
- 3) Fase 3 ou fase expulsiva, quando o colo do útero já alcançou a dilatação completa. É nessa hora que o médico vai pedir para você fazer força com os músculos abdominais, juntamente com a contração, para auxiliar o útero a empurrar o bebê pelo canal vaginal e vencer a resistência oferecida pelos músculos do canal do parto. Nessa hora as contrações estarão mais frequentes e mais fortes, cerca de pelo menos cinco contrações em 10 minutos de pelo menos 50 segundos de duração. Às vezes pode ser necessária a realização de uma episiotomia, que é um pequeno corte entre a vagina e o ânus, para aumentar a área de abertura e facilitar a saída da cabeça do bebê, ou o uso de algum medicamento endovenoso para auxiliar as contrações;
- 4) Fase 4 ou fase de dequitação, que se dá depois do nascimento do bebê e é caracterizada pela saída da placenta. Para isso, as contrações voltarão depois de alguns minutos do parto, mas com menor intensidade. A placenta sairá pela vagina, junto com as membranas, e o útero pode continuar contraindo um tempo depois, na tentativa de conter o sangramento.

O tempo do trabalho de parto varia de mulher para mulher, geralmente de seis a oito horas, mas tende a ir diminuindo nas próximas gestações. O básico agora, depois de tamanho esforço, é descansar, contar a novidade para os familiares e aproveitar para curtir o recém-nascido!

## Tipos de parto

### ■ Parto normal X cesariana: o que é melhor?

*O nascimento deve ser uma experiência maravilhosa, por parto normal ou cesariana.*

Poderíamos simplesmente responder que parto normal é melhor, porém temos várias considerações a fazer antes de responder a tal pergunta. O que a gestante deseja? Ela está preparada? Tem condições psicológicas para enfrentar um trabalho de parto? Tem condições físicas? Necessita de alguma informação?

As experiências vividas pelos amigos e familiares influenciam e muito no desejo da gestante. Se ela passou a vida escutando que o parto normal é um horror, torna-se muito difícil em alguns meses convencê-la do contrário. Agora, se as experiências passadas pelos outros com o parto normal foram boas, a gestante tende a decidir por ele.

Outro aspecto que assusta as gestantes é o fato de o parto normal ser inesperado: apesar de todo o preparo com o enxoval e bolsas para ir para a maternidade, um dia você acorda e percebe que a bolsa estourou ou que o trabalho de parto já começou – sabíamos que esse dia chegaria, mas logo HOJE? E aí começa uma ansiedade, principalmente para as mães de primeira viagem, que nunca passaram por esse momento e têm medo do que de fato vai acontecer nas próximas horas: se sentirá dor, se o bebê nascerá bem, se conseguirá sair-se bem no novo cargo de mãe – que exigirá tempo, dedicação e muito trabalho. Mas, junto com essa ansiedade, e tão logo tudo terminar, um novo sentimento vai aparecer: o maior amor e emoção imediata que alguém poderia sentir.

O desejo traz consigo a responsabilidade da decisão, você se torna responsável pelos acontecimentos. O ideal é deixar o bebê decidir. E seu médico vai orientá-la sobre o que é melhor para vocês – portanto, é importante não fechar a decisão, pois se o resultado for contrário a frustração estará presente.

Sabe-se que o parto normal possui inúmeras vantagens: para a mãe, traz menor risco de infecção, favorece a produção do leite materno (pois a contração do útero estimula um hormônio específico), favorece uma recuperação mais rápida e pressupõe menor tempo de internação hospitalar; já o recém-nascido tem menos desconforto respiratório (porque as contrações auxiliam a expulsão do líquido amniótico presente no pulmão), nasce mais ativo e responsivo, pode ser imediatamente colocado no colo da mãe, estabelecendo esse primeiro vínculo, e, se tudo estiver bem com mãe e bebê, ambos poderão ir para casa em cerca de 48 horas.

Para o quesito dor, vale lembrar que atualmente existem diversos meios para encarar o parto normal, sem dores excedentes, como banhos quentes, técnicas de respiração, massagens e caminhadas e, se necessário, uso da analgesia de parto.

O preparo psicológico também é de extrema importância, pois a paciente que não tolera a dor ou não está em um momento bom da vida pode não ter uma boa experiência com o parto normal, além da ansiedade já comentada anteriormente. Por isso é sempre importante a presença de um familiar ou amigo na hora do trabalho de parto, além de uma equipe médica que transmita confiança.

O preparo físico esteve muito em voga antigamente, mas hoje em dia não se recomendam mais exercícios vaginais, pois estes não interferem na via de parto ou na necessidade de dar pontos no local. Porém exercícios leves e com alongamentos, como hidroterapia, ioga e fisioterapia específica, podem auxiliar no preparo ao trabalho de parto, principalmente para manter a calma e ter uma força mais dirigida quando for preciso.

Os pontos (episiotomia) do parto normal devem ser evitados. O ideal é deixar que o tecido rompa o necessário naturalmente, o que resulta em menos pontos e menos dor imediata e tardia. Isso porque a episiotomia corta a musculatura, o que resulta em mais dor, não





protege a bexiga da gestante e não evita a necessidade de cirurgia para correção da bexiga.

No caso de cesariana, abre-se espaço para uma nova discussão: marcar um dia ou deixar o bebê decidir a hora? Deve-se ponderar com a ajuda do médico: se a cesariana for marcada para um dia específico, os riscos de hemorragia e infecção reduzem, porém, se deixar para fazê-la quando desencadear o trabalho de parto, o bebê nasce mais preparado e esperto.

Se a cesariana for marcada, é preciso cuidar com a idade gestacional, pois o procedimento não deve ser feito muito antes do prazo, sendo o ideal entre uma semana e dez dias antes da data provável do parto natural. Assim diminui a chance do aparecimento de taquipneia transitória do recém-nascido, um desconforto respiratório do bebê que acaba necessitando de observação no berçário.

Em determinadas ocasiões, a cesárea é indicação médica, como em alguns casos de gestação gemelar, quando o bebê está em uma posição transversa (não vai conseguir encaixar no canal de parto) ou quando a mãe tem alguma doença de base que faz a gestação ou o próprio trabalho de parto se tornar de risco. Em alguns desses casos, até mesmo o momento exato de realizar a cesariana será indicado pelo médico, sempre tendo em vista o bem-estar materno e do recém-nascido.

Portanto, são muitas as variáveis que devemos solucionar antes de decidir qual tipo de parto será realizado: desde físicas até psicológicas. Informe-se com o seu médico, peça orientações e indicações de como você poderá se preparar melhor para essa hora tão esperada e, claro, peça apoio dos entes mais próximos e queridos.

## O parto e a dor

A dor experimentada durante o trabalho de parto (TP), quando associada ao medo, ao estresse e à ansiedade pela expectativa do nascimento, pode tornar a maternidade uma experiência negativamente marcante para o casal grávido, trazendo repercussões metabólicas e emocionais para a mulher e seu filho.

## ■ Entendendo a dor

Entre os mecanismos de alerta da espécie humana se encontra a dor, um sintoma de alerta, em resposta a um estímulo agressivo real ou imaginário provocado por fator externo ou interno, como por exemplo o trabalho de parto.

Tal sintoma é gerado por informações que chegam ao cérebro, e sua influência é interpretada e exteriorizada pelas reações físicas e/ou emocionais do indivíduo.

Os avanços no estudo da dor têm contribuído para entender a subjetividade e individualidade dessas respostas, presente na reação ou comportamento dos indivíduos aos estímulos dolorosos, decorrente da interferência de personalidade, etnia, cultura e vivências anteriores. Todos esses fatores colaboram para a percepção pessoal da intensidade dolorosa e independem de dados mensuráveis, como origem ou causa.

Ao analisar o perfil cultural da mulher de civilização ocidental, consegue-se de certa maneira entender a visão cultural negativa herdada pelas brasileiras em relação à dor do parto. Dessa forma, mesmo a despeito de toda a preparação durante o pré-natal, o “medo paralisante” da dor do parto e o “sofrimento” presente no imaginário coletivo no processo do parto normal são credibilizados em grande parte ao desconhecimento do casal sobre procedimentos, condutas e rotinas hospitalares disponíveis para o alívio à dor e pelo fato de estar fora do seu hábitat natural, num ambiente desconhecido. Tal situação contribui para que a gestante assuma uma postura passiva e em algumas situações influencia a opção pela cesariana como um mecanismo de encurtar o tempo e evitar o “sofrimento”.

O casal grávido desconhece, na sua grande maioria, que o trabalho de parto é um dos mecanismos de que o recém-nascido lança mão para sua adaptação a essa nova etapa de vida e que a mulher contemporânea conta com técnicas anestésicas seguras durante o período do trabalho de parto, contribuindo para reduzir o desgaste físico e emocional e facilitando uma postura ativa do casal.

Culturalmente o medo da dor, associado à oportunidade de programar a data do nascimento por meio da cesariana, pode ser



falsamente interpretado pela gestante e levá-la a pensar que o parto cirúrgico proporciona “a oportunidade de evitar tanto sofrimento físico e surpresas desagradáveis com o bebê”, decorrentes do tempo de espera que transcorre entre o trabalho de parto e o nascimento. Tal entendimento relacionado ao fator tempo forneceu à cesariana uma falsa impressão de ser mais segura que o parto normal e de ser essa a única condição ou método de alívio à dor do trabalho de parto.

Hoje em dia, com a evolução tecnológica e o controle das técnicas de assepsia, a cirurgia da cesariana tornou-se um procedimento seguro, porém, como toda intervenção cirúrgica, deve ser restrito a uma indicação médica e não a uma condição cultural e emocional, ou seja, mais uma opção para a via do nascimento, como vem ocorrendo no nosso país.

A progressão do trabalho de parto decorre das contrações uterinas efetivas e não da dor, ou seja, não precisa sentir dor que incomoda para ter um filho pela via natural. O entendimento de que não existe parto normal sem dor é um paradigma falso e que contribui para que a sociedade aceite o sofrimento provocado pela dor do parto como algo natural.

Trata-se de um entendimento equivocado até mesmo entre alguns profissionais de saúde, os quais acreditam que no processo de parturição a mulher precisa passar por esse “calvário”. Eles estão desconsiderando a função da dor no trabalho de parto; quando ela passa a incomodar, deixa de exercer o seu papel “benéfico” de estimulador no parto e passa a interferir negativamente no trabalho de parto, provocando distúrbios metabólicos que comprometem o bem-estar materno e fetal.

Ao contrário do que muitos pensam, a parturiente não deve prolongar a solicitação de métodos analgésicos até o limite do sofrimento. O estresse e a tensão muscular materna decorrentes da dor intensa acarretam um maior desgaste físico e emocional, grande perda calórica e aumento na liberação de catecolaminas (hormônio do estresse), cuja ação reduz o diâmetro das artérias e veias, dificultando a passagem do sangue com oxigênio para o bebê pela placenta. Essa situação pode ainda ser agravada pelo aumento da respiração materna por conta da dor.



Resumindo, é fundamental o entendimento de que o que contribui para a evolução normal do trabalho de parto são as contrações efetivas e não a intensidade dolorosa; a dor, quando incomoda a mãe, interfere no trabalho de parto. Logo, a dor no trabalho de parto não deve ser tolerada mas sim monitorada, e a principal ferramenta de aferição deve ser a dor sentida pela parturiente e não só os dados obstétricos de dilatação.

### ■ Técnicas de alívio da dor

Para minimizar e até abolir (se necessário) as dores no trabalho de parto, existem métodos efetivos que vão desde o banho quente (fase inicial) até as técnicas seguras e disponíveis da analgesia de parto, que não prolongam nem interferem na condução do trabalho de parto.

É importante para o bem-estar do binômio mãe e filho que o casal grávido durante o pré-natal afaste os fantasmas e medos da parturição, por meio do conhecimento sobre processo de gestação, trabalho de parto, parto e aleitamento materno, bem como busque esclarecimentos sobre as dúvidas que possui.

### ■ Métodos de medida da dor

A ferramenta adotada como parâmetro comparativo de aferição da dor sentida pela parturiente é a escala visual analógica (EVA), em que se solicita à parturiente antes e após a analgesia que indique numa escala de 0 a 10 a sua sensibilidade dolorosa (dor sentida), sendo 1 a 3 dor leve, 4 a 6 dor moderada e 7 a 10 dor intensa.

### ■ Técnicas de alívio da dor

#### *Técnicas não farmacológicas*

#### Banho terapêutico ou relaxante

A água é sem dúvida um bom relaxante muscular. Em média, ficar 20 a 30 minutos numa banheira ou sentada numa cadeira sob o

chuveiro é o suficiente para promover um bom alívio da dor provocada pela tensão muscular presente no início do trabalho de parto. O estresse da hospitalização associado às contrações aumenta essa tensão, a qual potencializa as dores presentes no início do trabalho de parto.

### Massagem

Tem um bom resultado também nas dores do início do trabalho de parto, as quais provocam tensão muscular principalmente na região da nuca, dos ombros e na região lombar. É interessante que a equipe ensine e estimule o acompanhante a fazer a massagem, pois assim é mais agradável para a mulher e este se sente útil. Pode ser feita também durante o banho terapêutico.

### *Técnicas farmacológicas*

#### Analgesia de parto

##### - Técnicas regionais

Atualmente as técnicas e anestésicos utilizados são bastantes seguros, não comprometem a condução do parto e proporcionam inúmeros benefícios, entre eles a espera tranquila pelo nascimento. As mais utilizadas são a Técnica Peridural Contínua ou a Combinada Ráqui-Peridural Contínua (CRPC), que combina numa só técnica as vantagens da anestesia raquidiana e da peridural contínua. Os cateteres mantidos até o nascimento garantem, quando necessário, a utilização de doses anestésicas repetidas, para manter a dor em níveis leves, independentemente do tempo de trabalho de parto.

Existem alguns efeitos colaterais da analgesia, que podem aparecer com uma maior ou menor frequência, porém frisa-se mais uma vez: ela não traz riscos para o binômio mãe e filho, apenas um grau de desconforto para a grávida. Os sintomas mais frequentes são prurido (coceira) leve, sonolência e náuseas.

#### ■ Momento de instalação da analgesia

Hoje delega-se à parturiente o direito de definir o momento de instalação da analgesia, tendo como parâmetro a sua dor. Os



dados obstétricos, como dilatação, contrações, altura da apresentação, passam a ser relevantes para a escolha, pelo anestesista, da técnica mais adequada àquele caso e não da decisão do momento de fazê-la, ou seja, pratica-se uma analgesia personalizada.

Logo, para receber a analgesia basta a solicitação da parturiente, com base no critério “dor”. Até com 1 cm de dilatação pode ser feita; o objetivo é não permitir que a dor interfira no seu humor.

Por desconhecimento de todos os avanços, há ainda, entre algumas pessoas, o receio da analgesia de parto, pela ideia de que ela interfere na hora de fazer o esforço expulsivo, aumentando o risco para o recém-nascido. Hoje tal risco não existe, quando a técnica anestésica e os anestésicos empregados são os mais adequados.

## ■ Anestesia para cesariana

As técnicas mais empregadas na anestesia para cesariana são os chamados bloqueios regionais (peridural ou raquidiano). A técnica tem como principal objetivo manter o bem-estar do binômio, com a paciente lúcida, para que possa interagir e vivenciar o nascimento do seu filho.

Dentro desse princípio existe o fator segurança para mãe e feto, em que os bloqueios regionais se destacam, por garantir uma quase nula (inócua) passagem dos anestésicos locais pela barreira da placenta (órgão que nutre o feto). Isso já não ocorre na anestesia geral, em que a passagem do anestésico é quase imediata, comprometendo a saúde do recém-nascido.

As técnicas regionais não interferem, ao contrário da anestesia geral, no sistema respiratório da mãe; assim não há riscos de aspiração de vômito para os pulmões. Os vômitos estão mais presentes na grávida por fatores hormonais, apresentam uma diminuição no esvaziamento gástrico (alimento permanece no estômago), sendo considerada do ponto de vista de cuidados como uma paciente de estômago cheio, independentemente do tempo de jejum, ou seja, a qualquer momento pode vomitar.

Entre as técnicas regionais a raquidiana hoje é considerada a técnica de eleição para a cirurgia cesariana, pela segurança e baixa ocorrência de complicações. Aplica-se a anestesia na região das costas, e para tal a paciente deve fazer uma flexão (corcunda) para a frente. São efetuadas uma limpeza do local e uma anestesia local antes da anestesia propriamente dita. Logo após a introdução do anestésico, a paciente já vivencia sinais da anestesia, como formigamento nas pernas, perda da sensibilidade ao calor e da força muscular. As pernas ficam pesadas e sem condições de levantar; essa sensação abrange da região abaixo da mama até os pés. Esses sinais levam em média de 2 a 4 horas para serem revertidos, por isso a parturiente fica sob vigilância na sala de recuperação pós-anestésica.

Os efeitos colaterais da raquidiana são reversíveis e de fácil solução. Entre eles o mais temido é a cefaleia postural pós-ráqui, geralmente mais frequente nos primeiros três dias e mais raramente até o sétimo dia. Em média está presente em 0,5% a 1% das pacientes e é 100% tratável.

O prurido (coceira) é o efeito colateral mais frequente nessa técnica, decorrente da utilização da morfina, um analgésico potente, com um tempo de ação médio de 18 horas, que contribui para uma recuperação mais rápida e menos dolorosa da mãe. O alívio da dor patrocinado pela morfina, sem a sedação presente em outros anestésicos utilizados nessa fase de dor intensa, contribui para que a mãe, sem dor e lúcida, esteja disponível para amamentação sob livre demanda, o que favorece a descida precoce do leite materno, para o bem-estar do recém-nascido.

Algumas condutas do anestesiológico, além da monitoração dos dados clínicos por meio de aparelhos ligados à mãe, podem parecer estranhas para a parturiente e seu acompanhante, porém são importantes para o bem-estar do binômio. Entre elas se destacam a infusão de líquido (soro) e o desvio do útero para a esquerda. Essas duas práticas têm como objetivo evitar a queda de pressão materna (hipotensão), decorrente da anestesia, e suas conseqüentes gravidades.

## Orientações básicas

### ■ Jejum

O jejum no momento pré e transparto é de grande importância, visto que a gestante estará em um momento especial e serão necessários medicamentos anestésicos para aliviar as dores do parto.

Então evite ingerir alimentos sólidos e líquidos entre 6 e 8 horas que antecedam o parto. Durante a anestesia alguns reflexos próprios de defesa do nosso organismo são bloqueados e eventualmente ocorrem náuseas e vômitos que podem entrar nas vias respiratórias e causar problemas pulmonares muito graves.

Orientar-se quanto a tais medidas porque a hora tão esperada está chegando e temos de dar importância a tudo que acontecerá nos momentos que antecedem o parto até seu acontecimento.

### ■ Monitorização

Os cuidados e o monitoramento serão destinados às futuras mães e aos seus bebês de modo simultâneo. Todos da equipe devem estar treinados e capacitados para manter e garantir o bem-estar de ambos, realizando a vigilância contínua da pressão arterial, da temperatura e da frequência cardíaca da mãe.

Os cuidados com o bebê baseiam-se no controle dos batimentos cardíacos fetais por meio da ausculta intermitente ou da cardiocotografia e registro das contrações uterinas.

Todas essas medidas visam manter o bem-estar materno-fetal para evitar ao máximo possíveis complicações.

Com esses dois cuidados juntos, e mais a gestante compreendendo tudo que está passando ao seu redor, há uma redução nas taxas de cesariana e de uso de medicamentos para aliviar a dor e um aumento da satisfação materna com a experiência do nascimento.

Então, gestante ou futura gestante, oriente-se sobre todas as mudanças que estarão por vir, tire suas dúvidas. Assim você contribuirá para um menor risco de complicações para você e seu bebê.



## ■ Avaliação pré-anestésica

A consulta pré-anestésica serve para esclarecer todas as dúvidas e amenizar medos que a gestante ainda possa ter sobre o procedimento pelo qual passará. Tal consulta é um direito da gestante e dever do anestesista que vai acompanhar o parto.

Nesse momento a gestante contará ao anestesista os medicamentos que está usando, se tem algum problema de saúde, como diabetes, hipertensão, se fuma ou fumou, se já teve reações alérgicas em outros procedimentos médicos e quais foram elas, se tem alguma doença grave etc.

Leve todos os exames do seu pré-natal, como exames laboratoriais e de imagem, que realizou durante a gravidez.

## ■ Considerações finais

O vínculo estabelecido na primeira hora após o parto deve ser um dos principais objetivos a serem perseguidos nas ações e condutas dos profissionais que atendem a gestante. Não podemos, como seres humanos, esquecer que o nascimento é a experiência mais exitosa da espécie, é a concretização de um sonho de vida, que faz da mulher um ser capaz de qualquer superação física e emocional. Essa propulsão interior vem de um misto de sentimento, instinto e emoções que supera o ato maior da fisiologia de sobrevivência da espécie mamífera, que entre nós civilizados representa a infinita força do Amor de Mãe.

## **Banco de sangue do cordão umbilical**

Após o nascimento de um bebê, o sangue do cordão umbilical, juntamente com a placenta, é muitas vezes descartado. Entretanto o sangue do cordão é uma fonte rica de células-tronco, as quais produzem todos os outros tipos de células do sangue.

A medula óssea foi a primeira fonte de células-tronco. Sua maior limitação para o transplante é a obtenção de um doador compatível na família, assim nem sempre o paciente consegue ser atendido. Por

isso o sangue do cordão umbilical pode ser uma ótima alternativa para os pacientes que precisam de um transplante de células-tronco e que não encontram um doador.

■ **Mas o que é o sangue de cordão umbilical?**

Trata-se do sangue do bebê que fica no cordão umbilical e na placenta depois que ele nasce. Normalmente é descartado após o parto.

■ **Qual a principal utilização do sangue de cordão umbilical? Quem pode ser beneficiado pela doação? Quais pacientes receberão essas células e como?**

Sua principal utilização direciona-se para a reconstituição de células do sangue por intermédio do transplante de células-tronco hematopoiéticas, substituindo a medula óssea como fonte em pacientes com doenças como leucemia (câncer) e que não têm doador na família. Os possíveis receptores são pacientes com indicação para transplante cadastrados no Registro Brasileiro de Receptores de Medula Óssea (Rereme). Há um cruzamento de informações entre o Rereme e o Registro Brasileiro de Doadores (Redome), que inclui os dados do Banco de Sangue do Cordão Umbilical, a fim de identificar um doador compatível. O processo de transplante é parecido ao empregado para medula óssea; o paciente recebe as células-tronco em um procedimento igual ao de uma transfusão sanguínea.

■ **Por que doar sangue do cordão umbilical?**

Somente 25% dos pacientes que necessitam de um transplante de células-tronco hematopoiéticas encontram doador familiar compatível. Fazendo a doação você ajudará a salvar a vida das pessoas.

Ao contrário da medula óssea, as células-tronco hematopoiéticas obtidas do sangue de cordão umbilical podem ser transplantadas sem que haja uma completa semelhança entre o paciente e o doador. Outra

vantagem é a redução do tempo para a obtenção do material. No caso dos transplantes de medula óssea, leva-se cerca de seis meses entre a identificação de um doador compatível nos registros de doadores e a coleta da medula óssea para o transplante. Quando se encontra uma unidade de sangue de cordão umbilical compatível com um paciente, esse tempo cai para 20 a 30 dias, pois as amostras já estão previamente testadas e classificadas.

O Banco Público de Sangue de Cordão Umbilical pertence à BrasilCord, uma rede pública que atende toda a sociedade brasileira, e, mesmo que você não seja um doador, caso você ou alguém de sua família precise, também poderá fazer uso das células-tronco hematopoiéticas armazenadas pelo banco. É uma iniciativa do Ministério da Saúde, disponível para toda a população.

#### ■ É possível doar o sangue do cordão para um banco público e privado? O material é suficiente?

Não é possível doar para os dois tipos de banco, público e privado, simultaneamente, pois os procedimentos para doação são diferentes entre ambos.

#### ■ Quem pode doar?

- ✓ A gestante com idade acima de 18 anos;
- ✓ A gestante que tenha, no mínimo, duas consultas pré-natais documentadas;
- ✓ A gestante que tenha idade gestacional igual ou superior a 35 semanas;
- ✓ A gestante cuja gestação tenha transcorrido normalmente, independentemente do tipo de parto;
- ✓ A gestante cuja bolsa não tenha rompido há mais de 18 horas;
- ✓ A gestante que não teve infecção ou febre no momento do parto.

Restrições adicionais serão verificadas no momento da doação.

### ■ Quais são os procedimentos necessários para a doação?

Algumas exigências precisam ser cumpridas antes da coleta, similares às necessárias para a doação de sangue. Antes do parto, a gestante passará por uma triagem clínica (entrevista) e assinará um termo de consentimento para a doação do sangue de cordão umbilical do seu filho. Além disso, no momento do parto serão coletados cerca de 40 ml de sangue da gestante para detectar a presença de alguma doença que possa ser transmissível pelo sangue (sífilis, hepatite, HIV, entre outras).

### ■ Tenho de pagar por essa doação?

Não. A doação é gratuita, espontânea e sigilosa. Você não paga nem recebe nenhuma remuneração por isso, pois as leis brasileiras proíbem a remuneração.

### ■ Como doar?

Quando se internar para o parto, solicite um profissional da equipe de doação de sangue de cordão umbilical.

### ■ Como é feita a doação?

Após o nascimento, corta-se o cordão umbilical separando o bebê da placenta. A quantidade de sangue (de 70 a 100 ml) que permanece no cordão e na placenta é drenado para uma bolsa de coleta. Esse sangue coletado é processado e preparado para o congelamento. Tais células podem permanecer armazenadas (congeladas) por vários anos no Banco de Sangue de Cordão Umbilical Público e disponíveis para serem transplantadas.

### ■ Por que as doações não podem ser realizadas em qualquer hospital?

A triagem e a coleta devem ser feitas de acordo com normas de qualidade por profissionais treinados e capacitados. Além disso,

para a doação do Banco de Sangue de Cordão Umbilical Público, é necessário que o parto ocorra nos hospitais que compõem o BrasilCord.

É importante lembrar que a doação:

- utiliza o sangue que é habitualmente descartado;
- não oferece risco para os doadores (mãe e bebê);
- disponibiliza o material para toda a população.

#### ■ Existem fatores que impossibilitam a coleta de sangue de cordão?

Sim. Problemas clínicos ou técnicos (limitações operacionais) durante o parto podem impossibilitar a coleta. Fatores como o rompimento da bolsa há mais de 18 horas ou febre impedem a doação. Por isso, apesar de seu prévio consentimento, pode ser que a coleta de sangue do cordão umbilical da criança não seja possível, pois sua segurança e a do bebê sempre estarão em primeiro lugar. Mesmo assim, o fato de você não ter doado não significa que seu filho ou outro membro de sua família não possa ter acesso ao Banco de Sangue de Cordão Umbilical Público.

#### ■ O que garante a qualidade do material armazenado?

O seguimento de normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e do Ministério da Saúde garante a qualidade do material armazenado. Além disso, o sangue do cordão umbilical passa por vários testes e, após a liberação parcial, é armazenado em tanques de nitrogênio em baixa temperatura.

#### ■ Existem fatores que impossibilitam o congelamento do sangue de cordão umbilical coletado?

Sim. Caso o sangue de cordão coletado não atenda aos critérios técnicos estabelecidos pela Anvisa, como, por exemplo, volume suficiente, o material poderá ser descartado. Além disso, o banco de sangue sempre realiza testes para a detecção de doenças transmissíveis

pelo sangue, que são feitos com uma amostra coletada da gestante no momento do parto. Ao serem verificadas alterações, o material poderá ser descartado após a coleta e até mesmo após o congelamento.

#### ■ Como saber se o sangue de cordão foi aproveitado?

Após 30 dias da doação você receberá em sua casa uma carta informando se o sangue do cordão umbilical atingiu os critérios exigidos. Se o sangue do cordão for escolhido para transplante, você receberá uma ligação para obtenção de informações do estado de saúde de seu filho.

#### ■ Eu ficarei sabendo do resultado dos exames?

Se o sangue do cordão umbilical for congelado você receberá em sua casa todos os resultados dos exames de sangue (sífilis, hepatite, HIV, entre outros).

#### ■ Depois da doação, meu filho pode usar o sangue doado?

Toda a população se beneficia em relação aos cordões disponíveis na rede BrasilCord e não apenas uma pessoa especificamente, mesmo que ela tenha sido doadora.

Ressalta-se que, depois de realizada a doação, o sangue do cordão coletado não pode ser reivindicado (ter sua posse desejada novamente) pelos pais ou por outro membro da família. No ato da doação, esse material passa a ser de uso público, pertencendo, portanto, a uma rede pública de bancos de sangue de cordão umbilical do Brasil.

A coleta e o armazenamento privado, para que a família utilize, não são recomendados mundialmente, pois a chance de um membro da família necessitar é remota. Recomenda-se tal coleta caso exista uma doença na família, em que essa terapia possa ser utilizada.



## **CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO**

### **Primeiros cuidados**

É primordial que a equipe de saúde, no momento do parto, seja composta por um obstetra, um anesthesiologista e um pediatra ou neonatologista. Este vai tomar os primeiros cuidados com o recém-nascido, além de intervir em emergências que possam vir a ocorrer, de modo a evitar complicações no nascimento. Por isso é importante levar a carteirinha pré-natal para a maternidade, a fim de que haja avaliação do pediatra. Ainda, em situações de partos múltiplos (gêmeos, trigêmeos), tenha certeza de que haverá um pediatra para cada recém-nascido.

A maioria dos nascimentos não precisa de intervenção, e o bebê costuma ser avaliado segundo alguns critérios: se é prematuro ou não, se o líquido amniótico é claro, se a respiração é regular ou se está chorando e se os braços e as pernas estão flexionados. Essas condições significam que o nascimento ocorreu de modo ideal. Se o recém-nascido não apresentar tais características, o pediatra vai adotar procedimentos cada vez mais complexos, até que a respiração, a frequência cardíaca e a cor do bebê estejam de acordo com os padrões esperados.

### **O primeiro contato entre pais e filho**

Após o nascimento e a avaliação do pediatra, o bebê pode conhecer sua mãe e, se possível, a amamentação deve começar ainda na sala de parto. Após esse primeiro contato, quando não há exigência de cuidados especiais na sala de parto, os pais são encaminhados para o alojamento conjunto para esperar pelo seu bebê. Se for necessário que o bebê fique na UTI neonatal para receber cuidados intensivos, os pais podem estreitar esse vínculo durante as visitas, sem prejudicar o processo.



## Cuidados na sala de parto

A transição do ambiente intrauterino para o extrauterino é um dos períodos mais críticos da vida do ser humano. Daí a importância de uma assistência efetiva e imediata ao recém-nascido na sala de parto.



Ao nascer, o bebê será mantido em ambiente térmico neutro para prevenir a perda de calor, e o primeiro exame será feito no sentido de garantir o seu bem-estar. Logo após os primeiros cuidados o bebê será mantido junto à mãe para realizar o contato pele a pele, o que o tornará mais seguro e calmo. Esse contato inicial é de extrema importância, pois o estabelecimento precoce do vínculo mãe-filho favorece a amamentação.

## Escala de Apgar

Trata-se de uma nota de 0 a 10 que é dada para o recém-nascido no primeiro, quinto e, às vezes, décimo minuto de vida. Esse parâmetro avalia como o bebê está vivendo fora do útero e considera cinco características: cor, respiração, frequência cardíaca, tônus muscular e resposta a estímulos por sonda. A contagem feita no primeiro minuto serve para determinar se há necessidade de condutas imediatas para reanimação do bebê, enquanto a avaliação do quinto minuto tem valor prognóstico. Assim, um Apgar de 7 ou mais significa boas condições de nascimento. Já os recém-nascidos com Apgar menor que 7 no quinto minuto de vida possuem maior possibilidade de ter um desenvolvimento considerado anormal.



Logo ao nascer o bebê recebe suplementação de vitamina K1, a fim de evitar problemas de coagulação (doença hemorrágica do recém-nascido) associados com a deficiência ou ausência da vitamina, responsável pela coagulação sanguínea. Também é utilizado um colírio, em dose única, para prevenir a oftalmia neonatal, uma doença ocular causada por bactéria.

A grande maioria dos recém-nascidos permanece com os pais desde a sala de parto até a alta, com avaliação diária feita por um neonatologista. Alguns bebês necessitam ser acompanhados em UTI neonatal, seja por prematuridade, baixo peso, dificuldade respiratória ou qualquer condição em que seja necessária uma observação mais detalhada.

## **Classificações do recém-nascido**

Tais classificações dizem respeito à duração da gestação e ao peso de nascimento.

O recém-nascido pode ser classificado como a termo (idade gestacional de 37 a 41 semanas e 6 dias), pré-termo (menos de 37 semanas) ou pós-termo (igual ou superior a 42 semanas). A idade gestacional pode ser calculada com base na data da última menstruação, por ultrassonografia e por avaliação do pediatra em exame físico da gestante.

Relacionando essas informações, o bebê pode ser considerado pequeno para a idade gestacional (PIG – com peso inferior a 2.500 g), adequado para a idade gestacional (AIG – peso entre 2.500 g e 3.999 g) ou grande para a idade gestacional (GIG – peso superior a 4.000 g).

Assim, o peso e a idade gestacional possuem relação direta com a morbimortalidade perinatal e o prognóstico de desenvolvimento do recém-nascido. Quanto menor o peso e quanto menor a idade gestacional do bebê, maior o risco.

## PÓS-PARTO

Após o parto a “puérpera” ficará em observação na sala de recuperação por um período de 4 a 6 horas, onde serão avaliados os sinais vitais e será acompanhado o sangramento uterino; medicações podem ser necessárias para diminuir o sangramento.

No quarto a mãe vai levantar e fazer sua higiene com a ajuda da enfermagem. Tonturas e desmaios são comuns nesse período, por conta do sangramento no momento do parto. Iniciar precocemente a caminhada pelos corredores da maternidade estimula o intestino, ajudando na eliminação de gases e diminuindo a dor. As pernas vão inchar e permanecerão assim por 15 dias.

O curativo no caso da cesariana é aberto após 24 horas e nenhuma medida especial é necessária. Lavar no momento do banho e manter seco são as únicas orientações, não é preciso passar nenhuma substância para prevenir infecções. No caso do parto normal a única recomendação é lavar várias vezes ao dia a episiotomia (corte na vagina) com água e sabão.

Indica-se o uso de roupa íntima de algodão. Dê preferência para calcinhas altas e firmes. Mantenha os hábitos de higiene; é permitido lavar a cabeça. Analgésicos serão prescritos, utilize-os nos horários recomendados.

O útero volta ao normal após seis semanas. A vagina diminui seu tamanho e elasticidade, em virtude da saída da placenta, que produzia os hormônios femininos. Agora a mãe depende da produção ovariana de hormônios para recuperar a elasticidade e a lubrificação vaginal. A produção ovariana fica bloqueada pelos hormônios da amamentação por um bom tempo.

O perigo da infecção puerperal inicia-se no quinto dia após o parto até o décimo dia. Se a puérpera apresentar febre, dor ou fluxo vaginal com cheiro fétido, ela deve procurar seu médico o mais breve possível. Calafrios são comuns logo após o parto, mas não são acompanhados de febre; trata-se de adaptação do sistema circulatório no pós-parto.

Se a mulher não amamentar, seu ovário deve começar sua função reprodutiva após dois meses. Nos primeiros 30 dias após o parto já deve ser iniciado algum método anticoncepcional.

A minipílula é o método anticoncepcional mais utilizado. Ela difere dos outros comprimidos anticoncepcionais porque tem apenas um hormônio – a progesterona –, enquanto os outros têm progesterona e estrogênio, o qual diminui a produção do leite, além de passar no leite para o bebê.

Também há outros métodos, como a progesterona injetável trimestral, a camisinha, o DIU, a vasectomia e a laqueadura. Discuta com seu médico as vantagens e desvantagens de cada um.

Relações sexuais serão complicadas nesse período. Após a avaliação com seu médico e o início de seu anticoncepcional, as relações poderão ser iniciadas. Lembre-se: a vagina perdeu a elasticidade e a lubrificação, e a mulher, a libido. Pomadas lubrificantes podem ser usadas.

## **NUTRIÇÃO DA LACTANTE**

Durante o período da amamentação as necessidades nutricionais da mãe aumentam, em função da grande demanda de nutrientes requeridas para a produção de leite. São necessárias entre 500 e 700 calorias a mais por dia. É importante manter a atenção na qualidade da alimentação; por isso, além das recomendações quanto ao período de gestação, que também se aplicam à fase de lactação, seguem algumas orientações especiais para essa fase:

- Reduzir o consumo de alimentos ricos em cafeína (café, chimarrão, chocolate, Coca-Cola e Pepsi-Cola), porque pode deixar o bebê irritado e sem sono;
- Evitar o álcool, uma vez que é capaz de destruir as células nervosas do bebê e também deixá-lo sem fome, levando ao baixo ganho de peso;

- Diminuir o consumo de alimentos muito condimentados que possam alterar o sabor e/ou o odor do leite, pois a criança pode rejeitar a mamada;
- Ingerir líquidos, principalmente água (pelo menos dois litros por dia), já que o baixo consumo pode levar a uma diminuição da produção do leite.

## **A cólica do bebê e a alimentação da mãe**

Grande parte dos casos de cólica nos três primeiros meses de vida é reflexo da imaturidade do trato gastrointestinal do lactente. Além disso, os bebês sofrem de aerofagia, ou seja, engolem muito ar nas mamadas, daí a razão de crianças que fazem uso de mamadeiras e chupetas terem mais cólicas.

Tensão em casa (por exemplo, brigas e/ou excesso de barulhos) e ansiedade dos pais (como amamentar com pressa ou em locais muito agitados) são também possíveis causadores.

Com relação à influência da alimentação da mãe na cólica do recém-nascido, existem muitos mitos e tabus, porém sabe-se que um dos poucos alimentos que geram cólica e têm comprovação científica é o chocolate.

Recomenda-se às lactantes observar se algum alimento em particular produz no bebê alguma reação indesejável. Caso positivo, o alimento deve ser excluído temporariamente da alimentação.

## **FISIOTERAPIA NO PERÍODO PÓS-NATAL IMEDIATO**

Após o nascimento do bebê, o corpo da mãe não será idêntico ao do estado pré-gravídico, mas será uma nova normalidade: a de um corpo feminino maduro que passou pela gravidez e pelo parto. Nesse

momento a mãe vai deparar com um terceiro corpo: um abdome vazio, pendente e ainda aumentado, talvez com a pele enrugada. Na medida em que se move, fala e ri, ela vai perceber uma falta quase completa de controle do músculo abdominal.

O tempo que o corpo demora para retornar à forma física após o parto varia de acordo com o estilo de vida anterior da mulher e com o tipo de nascimento. É mais demorado recuperar-se de uma cesariana do que de um parto normal não complicado, e, quanto melhor a forma física anterior da mulher, mais rápido é o retorno à normalidade. Mas, independentemente de qualquer coisa, alguns cuidados devem ser observados:

## **Alívio da dor perineal**

No caso de parto normal, escolher posições para evitar pressão no períneo, como se sentar em uma almofada com formato anular ou entre travesseiros dobrados, pode ajudar. Pode-se aplicar gelo como compressa por 4 a 5 minutos ou com um cubo de gelo envolvido em uma gaze, passada suavemente sobre a área por 2 a 3 minutos, duas vezes por dia.

## **Cuidados com a postura**

### **■ Levantar da cama**

A mulher deverá levantar da cama o mais breve possível após o parto. Em caso de parto normal, é necessário que isso se faça 4 horas depois, e em cesariana, 12 horas após o parto.

Como fazer essa manobra? Evite passar diretamente da posição deitada para a posição sentada, o que promove um grande esforço dos músculos abdominais e das costas.



**Figura 1** – Vire suavemente o corpo para a posição de lado, mantendo os pés e os joelhos unidos.

**Figura 2** – Contraia o abdome, apoie os braços e coloque as pernas e os pés para fora da cama, levantando devagar.

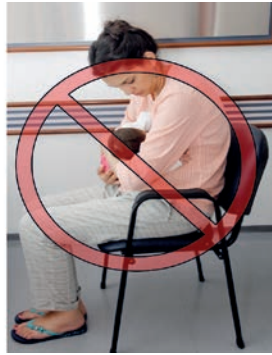


**Figura 3** – Sente-se na cama com os pés inteiramente apoiados no chão ou em uma banqueta.

Faça o processo inverso para deitar!

## ■ Postura para amamentação

Escolha um local adequado onde você possa ficar em posição vertical (um lugar muito macio e fundo não é apropriado). Sente-se para trás da cadeira o máximo possível. Coloque almofadas na parte inferior das costas e sente-se ereta. Apoie os pés em uma banqueta ou almofada, por exemplo, para elevar a altura dos joelhos. Ponha o bebê sobre uma almofada no colo, para aproximá-lo de você.



Pelo fato de as mulheres passarem uma grande parte do tempo alimentando os seus bebês, precisam saber como ficar realmente confortáveis.

## ■ Troca de fraldas

**Figuras 1 e 2** – O bebê deve ser trocado em uma superfície que seja mais ou menos da altura da cintura, evitando assim que a mulher fique curvada. Muitas jovens gostam de trocar seus bebês em cima da cama; ajoelhar com um só joelho pode ser a solução.



## Exercícios no pós-parto imediato

### ■ Músculos do assoalho pélvico (períneo)

Os músculos do assoalho pélvico ou períneo sustentam a pelve (bacia). Ele se estende da vagina até a região do ânus. Tem como principal função sustentar os órgãos da pelve (bexiga, útero e intestino) e o conteúdo abdominal. É importante começar os exercícios do assoalho pélvico seis horas após o parto, para readquirir o mais rápido possível a força desses músculos estirados. A mãe precisa praticar as contrações quatro ou cinco vezes em intervalos frequentes durante todo o dia, sempre fazendo a contração do músculo (como se estivesse segurando o xixi) e relaxando. Aproveite para fazer as contrações musculares na hora em que você vai ao banheiro. Os exercícios aumentam a circulação,



promovendo a cicatrização e removendo o exsudato inflamatório, o que por sua vez alivia a dor. A mudança de absorventes higiênicos tem de ser frequente, e a área deve ser mantida seca.

### ■ Fortalecimento dos músculos abdominais

A involução do útero geralmente termina em cerca de 14 dias, mas os músculos abdominais podem levar seis semanas para voltar ao estado pré-gestacional e seis meses até que a força total retorne.

**Figuras 1 e 2** – Inicialmente você deverá realizar apenas contrações abdominais, ou seja, contrair o abdome (encolher a barriga), manter por seis segundos e relaxar. Faça esse exercício sempre que puder.



**Figura 3** – Contraia os músculos da barriga e eleve a perna delicadamente para cima com os joelhos flexionados em direção ao peito. Solte o ar enquanto estiver realizando o movimento. Em seguida retorne à posição inicial.

## ■ Circulação

**Figuras 1 e 2** – Movimento os pés para a frente e para trás, várias vezes ao dia.



## Orientações para alta

Nas duas primeiras semanas é preciso continuar em casa os exercícios que foram indicados no hospital, aumentando gradativamente o número de repetições, com repouso frequente.

Evite levantar excesso de peso durante quatro semanas. Não esqueça de manter a postura ereta e de contrair o abdome, principalmente para segurar o bebê. Execute somente tarefas leves.

**Figura 1** – Use uma calcinha de cós alto, pois ajuda a aliviar o desconforto e previne a flacidez. Evite usar as cintas com colchetes na frente, principalmente nas duas primeiras semanas.





**Figura 2** – Cuide com a postura para amamentar seu bebê. Nos dias de hoje existem travesseiros específicos para amamentação que auxiliam muito a manter a postura correta.

Logo após a alta hospitalar inicie as caminhadas regulares, aumentando aos poucos a distância. Em seis semanas inicie uma atividade física mais intensa.

## Dicas de exercícios domiciliares

### ■ Aquecimento

Antes de iniciar qualquer atividade física você deverá fazer um aquecimento. O objetivo é aquecer os músculos e aumentar a circulação.

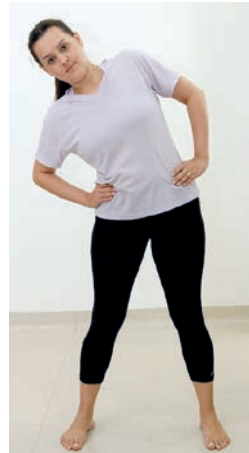
**Figura 1** – Andar no lugar: “ande” rapidamente sem sair do lugar, levantando o joelho até uma altura cômoda. Movimente os braços para a frente e para trás a cada passo. Mantenha a barriga contraída e o peito levantado. Repita várias vezes.





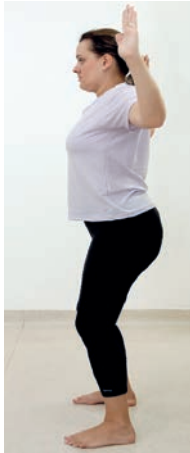
**Figura 2** – Girar os ombros: fique em pé, com as pernas um pouco flexionadas e com as mãos na cintura. Faça movimentos circulares lentos com os ombros para a frente algumas vezes e depois para trás. Mantenha os músculos contraídos e o peito levantado. Repita várias vezes.

**Figura 3** – Flexão lateral: fique em pé, bem posicionada, com os pés um pouco afastados. Contraia a barriga. Curve lentamente o tronco e a cabeça para o lado, tentando alcançar o chão. Volte à posição central. Repita com o outro lado. Faça várias vezes.



**Figura 4** – Torção de tronco: fique em pé, com os pés ligeiramente afastados. Mantenha os joelhos e os quadris voltados para a frente, estique o tronco, contraia a barriga e vire lentamente a cabeça, os braços e a parte superior do corpo para um dos lados o máximo que puder. Volte à posição central e repita com o outro lado.

**Figura 5** – Elevação de joelho: em pé, mantenha as costas eretas e a barriga contraída e levante alternadamente os joelhos até uma altura cômoda à sua frente, colocando a mão no joelho oposto. Permaneça com o peito erguido durante todo o movimento e evite curvar-se na direção do joelho. Repita várias vezes.



**Figura 6** – Mobilidade de tronco: levante os braços e alongue o corpo, tentando unir as escápulas atrás. “Arredonde” as costas e traga os braços em círculo lentamente para a frente, até a altura do ombro, contraindo os músculos da barriga. Repita várias vezes.

**Figura 7** – Mobilidade do pescoço: mantenha os ombros relaxados, vire lentamente a cabeça para olhar por cima do ombro, faça uma pausa e retorne ao centro. Repita com o outro lado. Incline suavemente a cabeça para o lado, direcionando as orelhas para o ombro. Faça uma pausa, retorne ao centro e repita do outro lado.



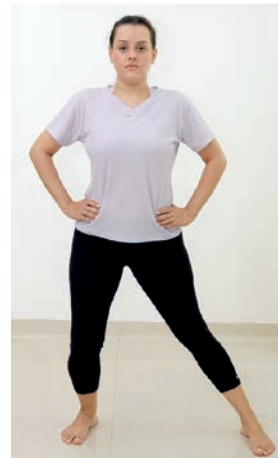
## ■ Alongamento

**Figura 1** – Alongamento da panturrilha: em pé, com as pernas afastadas, dê um grande passo para trás com um dos pés, mantendo os dois calcanhares no chão e os pés voltados para a frente. Permaneça nessa posição por 20 s e relaxe. Repita com a outra perna.



**Figura 2** – Alongamento de quadríceps: em pé, com a coluna ereta, abdome contraído, dobre um dos joelhos para trás e segure o peito do pé por 20 s. Relaxe e repita com a outra perna.

**Figura 3** – Alongamento da parte interna da coxa (adutor): fique em pé, com a coluna ereta, abdome contraído e pés separados o máximo que conseguir. Flexione um dos joelhos, jogando o peso do corpo sobre ele. Mantenha por 20 s e repita com a outra perna.





**Figura 4** – Alongamento lateral de coluna: em pé, com a coluna ereta, contraia o abdome e afaste as pernas. Apoie a mão direita sobre os quadris. Levante o braço esquerdo e incline-o juntamente com o tronco para o lado direito. Mantenha por 20 s e relaxe. Repita com o outro lado.

## ■ Fortalecimento

**Figura 1** – Fortalecimento da panturrilha: em pé, de frente para uma parede ou cadeira de apoio, fique lentamente na ponta dos pés. Abaixе lentamente os calcanhares, tocando de leve o chão. Repita o movimento várias vezes.



**Figura 2** – Fortalecimento de glúteos: em pé, incline suavemente o tronco e a cabeça para a frente. Levante uma das pernas para trás o máximo que puder. Repita o movimento dez vezes e depois troque de perna.

**Figura 3** – Fortalecimento de assoalho pélvico, abdome e glúteo: faça o movimento de bicicleta, com as pernas suspensas.



*Atenção:* Exercícios de fortalecimento *com peso*, abdominais, musculação e atividade aeróbica de alto impacto deverão ser realizados somente *seis semanas após o parto*. Antes desse período os exercícios poderão ser executados sem o uso de peso, como mostram os exemplos anteriores. Já os exercícios abdominais mostrados a seguir só deverão ser iniciados dois meses após o parto ou depois de uma avaliação da musculatura abdominal.



## ALEITAMENTO MATERNO

*Amamentar é um ato natural e constitui a melhor forma de alimentar, proteger e amar o seu bebê.*

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o bebê deve receber somente leite materno até o sexto mês de vida. Isso significa que ele não vai precisar de chás, mamadeiras, água nem qualquer outro alimento até essa idade. A partir dos 6 meses de vida, a amamentação deverá ser complementada com outros alimentos, de acordo com a orientação do pediatra, e poderá seguir até os 2 anos de vida ou mais se assim você desejar.



O ato de mamar ao seio, além de indispensável ao desenvolvimento físico do recém-nascido, é de extrema importância no estabelecimento do vínculo entre mãe e filho. Aproveite esse momento.

Por intermédio do leite materno seu bebê vai receber tudo o que ele precisa para crescer de forma saudável. Vitaminas, sais minerais e proteínas estão presentes em quantidade suficiente e são mais bem absorvidos pelo bebê quando comparado ao leite de vaca ou de fórmula. Isso sem esquecer dos anticorpos da mãe que passam para o filho, protegendo-o de inúmeras doenças e alergias. Portanto, não existe leite fraco; cada mulher produz o leite ideal para o seu bebê.

Amamentar, além de imprescindível para a criança, é muito bom para a mulher. Estudos revelam que mulheres que amamentaram têm um risco diminuído de desenvolver câncer de mama, câncer de ovário, osteoporose e infarto. Um dos hormônios liberados ajuda na contração do útero, diminuindo o sangramento, o risco de hemorragias e o índice de anemia no pós-parto. A contração do útero é sentida pela mulher como uma leve cólica menstrual e tende a desaparecer ao longo dos primeiros dias. O gasto de calorias nessa fase é maior, ajudando você a perder peso com maior rapidez e facilidade. Também o leite materno está sempre pronto, na temperatura ideal e sem custos para a família. Nunca estraga nem azeda na mama e não necessita de nenhum material ou objeto para preparo ou consumo.

A prática do aleitamento materno, diferentemente do que acontece com os demais mamíferos, não é instintiva e deverá ser aprendida, exigindo, na maioria das vezes, dedicação e paciência. Mas lembre-se: toda mulher é capaz de amamentar.

Mitos e tabus são comuns em relação a esse assunto e você deverá estar segura. Prepare sua “cabeça” para amamentar. Converse com o seu médico, tire todas as dúvidas. Procure participar de algum curso específico para gestantes, leia sobre o assunto e converse com outras mães que tiveram experiências positivas ao amamentar seus filhos.

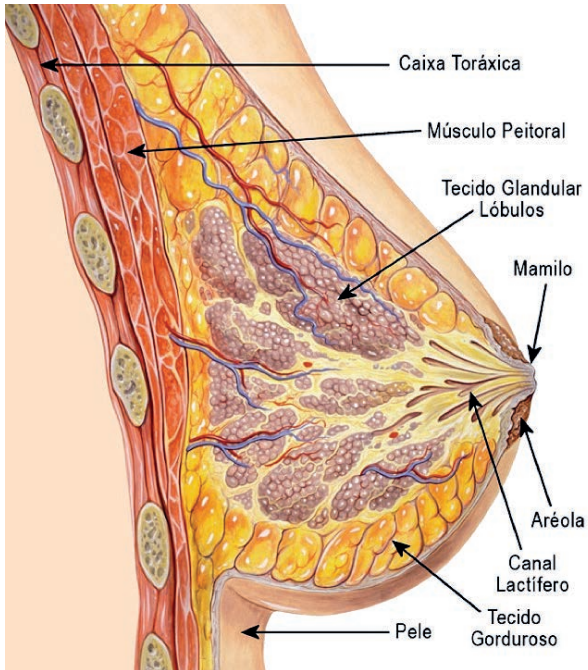
Não se indica nenhum tipo de massagem ou exercício para o preparo do bico do seio, a não ser que os mamilos sejam planos ou invertidos. Durante a gravidez, seu corpo vai se preparando para a amamentação.

## As mamas

A mama é composta em parte por tecido glandular e em parte por tecido conjuntivo e gordura, apresentando a seguinte estrutura:

- ✓ Alvéolo mamário: responsável pela produção do leite;
- ✓ Ducto lactífero: responsável pelo transporte do leite dos alvéolos para o seio lactífero;
- ✓ Seio lactífero: estrutura onde se deposita o leite produzido;
- ✓ Mamilo: estrutura por onde se dará a saída do leite;
- ✓ Aréola: estrutura escura ao redor do mamilo.

**Figura 1** – Anatomia da mama



Fonte: [www.aleitamento.org](http://www.aleitamento.org)

## Tipos de mamilos

Existem, basicamente, três tipos de mamilo: protuso, semiprotuso e invertido.

### ■ Mamilo protuso (típico)

Esse tipo de mamilo é o mais comum: 92% das mulheres têm mamilo protuso. Ele é cilíndrico, projetando-se além da superfície geral da mama. Seu exterior é geralmente nodular, mas não fissurado. Quando estimulado fica saliente e proporciona facilmente a amamentação. Nessa classificação também se encontram os mamilos do tipo comprido.

O problema desse tipo de mamilo é que o bebê tem a tendência de pegar só o bico, sem abocanhar a aréola, o que certamente levará à ocorrência de rachaduras. Estas causam dor intensa, com uma função secretora prejudicada. Além disso, são a porta de entrada para bactérias.

Para solucionar tais problemas, é preciso fazer todos os esforços para cicatrizar essas fissuras, protegendo-as de novas lesões com o uso de um protetor de mamilo e uma medicação tópica prescrita pelo médico. Quando não se dispõe dessas medidas, deve-se evitar amamentar a criança no lado afetado. Caso não seja possível, aconselha-se tentar amamentar em diferentes posições, fazendo pequenas variações, até descobrir qual posição faz com que o bebê abocanhe a maior parte possível da aréola. Se nenhuma das opções for viável, a mama deve ser esvaziada regularmente com uma bomba adequada até que as lesões estejam completamente cicatrizadas.

### ■ Mamilo semiprotuso (raso)

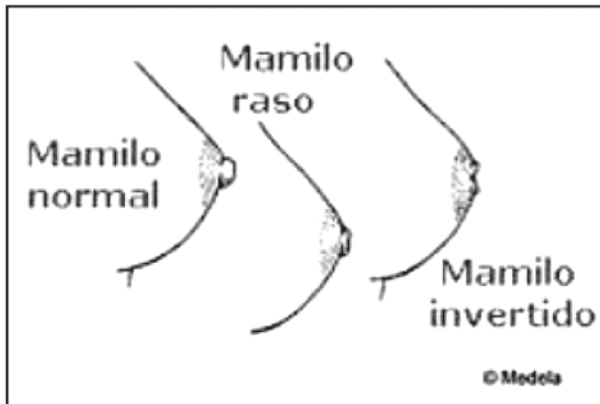
Em algumas mulheres, os canais lactíferos abrem-se diretamente em uma depressão no centro da aréola. Em casos acentuados de mamilos deprimidos, pode não haver amamentação. Quando a depressão não é muito profunda, a mama pode tornar-se ocasionalmente útil com o uso de uma bomba adequada para o seio. Esse tipo de mamilo

está presente em 7% das mulheres. Ele fica pouco saliente quando estimulado, mas ainda permite o aleitamento.

### ■ Mamilo invertido

O mamilo invertido está presente em 0,5% das mulheres. Embora não deprimido, é tão invertido que mesmo quando estimulado não se torna saliente, ficando no máximo no plano da aréola; assim não pode ser utilizado para a amamentação. Nesses casos é preciso fazer tentativas diárias durante os últimos meses de gravidez para expor o mamilo, utilizando-se a tração com os dedos.

**Figura 1** – Tipos de mamilo



Fonte: <http://crisdoula.com/?p=3583>

## Posições adequadas para a amamentação

Ao dar de mamar, procure um local tranquilo e aconchegante. Tente deixar os problemas para depois e lembre-se: este é um momento especial e deverá ser prazeroso para ambos.

**Figura 1** – *Posição sentada* (forma tradicional): na posição sentada, o bebê está de frente para a mãe, de tal maneira que o abdome de ambos está colado (barriga com barriga). Quanto mais juntos estiverem os corpos, mais fácil será para o bebê mamar.



**Figura 2** – *Posição sentada inversa*: para tal posição, coloca-se o corpo do bebê debaixo da axila materna com o ventre apoiado sobre as costelas da mãe (barriga-costela). O corpo do bebê está apoiado pelo braço materno, e a cabeça, suspensa pela mão. Nessa posição, consegue-se que o bebê pegue uma boa porção da aréola com a boca.

**Figura 3** – *Posição especial (gêmeos)*: a maioria das mulheres tem leite suficiente para alimentar gêmeos. As dificuldades surgem porque é difícil cuidar de duas crianças simultaneamente. Um modo de amamentar gêmeos ao mesmo tempo é colocar as crianças com o corpo e as pernas por baixo dos braços da mãe (posição sentada inversa).

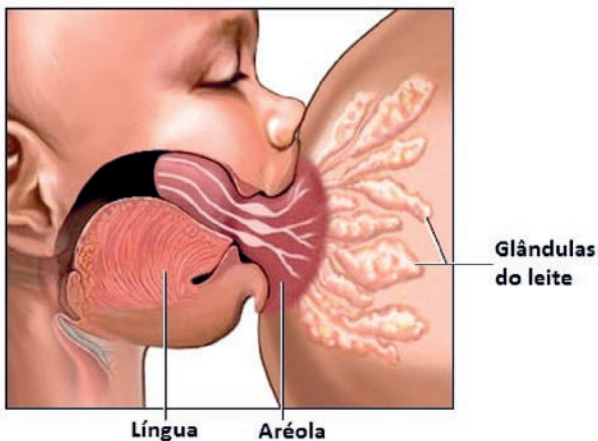


O bebê deverá mamar sempre que desejar, de dia e de noite; não estipule horários. Nos primeiros dias o leite gerado será o colostro. Produzido em pequena quantidade e de coloração alaranjada, é rico em anticorpos e pode ser considerado a primeira vacina do recém-nascido. Por volta do terceiro ao quinto dia, acontece a apojadura (descida do leite). Nessa fase as mamas costumam ficar cheias, pesadas e algumas vezes doloridas, aspectos que às vezes vêm acompanhados de febre e calafrios. O leite agora é branco e, quanto mais o bebê mamar, mais será produzido.

## A pega correta

A pega correta é fundamental para o sucesso da amamentação. O bebê deverá estar bem acordado, posicionado de frente para você (barriga com barriga), com a boca bem aberta. Se suas mamas estiverem muito cheias, tire um pouco de leite a fim de deixar o mamilo mais macio e, dessa forma, facilitar a pega. Observe se a criança abocanhou boa parte da aréola, com os lábios virados para fora (boca de peixe) e a língua por baixo do mamilo, pressionando este contra o palato (céu da boca).

**Figura 1** – Ilustração da pega correta, a qual é essencial para o sucesso da amamentação.



Se o bebê pegar apenas o mamilo, interrompa a mamada e retire o mamilo da boca da criança com o auxílio do seu dedo mínimo e tente novamente. Isso evita a formação de fissuras, que são lesões dolorosas no mamilo causadas pela pega incorreta.



**Figura 2** – Terminando uma mamada: como tirar o bebê do seio.

Diversas posições poderão ser adotadas, e é importante haver tal variação, a fim de estimular toda a mama na produção do leite. Você deverá escolher uma posição confortável e manter-se relaxada, sem se curvar nem para a frente nem para trás durante a mamada.

As duas mamas deverão ser oferecidas em cada mamada. Inicie com a mama em que o bebê terminou anteriormente e, após cerca de 20 minutos, troque de mama. Ou seja, se a mamada anterior iniciou com a mama esquerda e terminou na direita, a próxima deverá ser iniciada na direita e terminada na esquerda. Caso você perceba que no término as mamas continuam cheias, realize a ordenha manual, a fim de evitar o ingurgitamento delas (leite parado dentro da mama).

No final da mamada, passe um pouco do leite materno nos mamilos, espere secar e utilize um absorvente próprio ou a concha de amamentação. Troque o sutiã sempre que estiver úmido e lave os mamilos apenas durante o banho, evitando retirar a proteção natural da pele com o excesso de sabonetes e produtos de higiene.

No final de cada mamada a criança deverá ser colocada para arrotar. O arroto é importante porque elimina do estômago o ar que ela engoliu durante a amamentação. A saída do ar ajuda a prevenir cólicas.

Para a criança arrotar ela precisa ficar na posição vertical, com o corpo apoiado no tórax da mãe. Alguns bebês não arrotam após as

mamadas, ou a mãe não consegue ouvir o arrotto. Depois de mamar (e de arrotar), o bebê deve ser colocado no berço na posição de lado, com as costas apoiadas.

Quando a mãe voltar a trabalhar, o bebê poderá continuar a receber o leite materno. Para tanto a mãe deverá armazenar o seu leite em potes de vidro esterilizados (fervidos em água durante 10 minutos). Esse leite poderá ser conservado em geladeira durante 24 horas ou em *freezer* por 15 dias. Para o consumo, o leite armazenado deverá ser aquecido em banho-maria e oferecido ao bebê em copo ou colher. O leite aquecido não poderá mais ser recongelado.

## Problemas com a amamentação

*A amamentação pode trazer desconfortos, porém a importância para seu filho é enorme.*

Durante o período de amamentação a mama passa por diversas modificações. A glândula encontra-se em franca atividade para a produção do leite necessário para o bebê, e o próprio aleitamento faz com que aumente a manipulação nesse local. Por conta disso, tal período se torna propício ao aparecimento de diversas complicações na mama, como mastite, galactocele e fissuras.

A mastite puerperal caracteriza-se por ser um processo inflamatório causado por bactéria. A mais frequente é *Staphylococcus aureus* penicilinase resistente, mas a mastite também pode estar associada a outras bactérias, como *Escherichia coli*, *Pseudomonas* e *Serratia*.

As puérperas acometidas pela mastite ficam prostadas, com febre, e a mama se apresenta com calor, rubor, edema e dor (sinais de inflamação). O tratamento baseia-se em retirar os sintomas da paciente com uso de antitérmico e analgésico. Também se realiza drenagem da mama quando houver ponto de flutuação (presença de pus), além de antibioticoterapia. A administração de antibióticos dura de 7 a 10 dias e pode se dar por via oral ou por via endovenosa em casos mais graves. Indica-se a interrupção da amamentação na mama afetada ou em ambas.



A galactocele é um cisto de retenção láctea geralmente único na região central da mama. É gerado por obstrução ductal focal, tendo como possíveis causas fibrose cicatricial (por conta da manipulação em procedimentos cirúrgicos), tumor de mama ou obstrução secundária e esvaziamento insuficiente de lóbulo mamário adjacente (o mais provável durante o período de amamentação). Geralmente ocorre no período de amamentação ou no desmame. Portanto, sempre que um tumor (nodulação) aparecer em uma mulher que amamentou nos últimos dez meses, deve ser considerada a possibilidade de ser galactocele.

À palpação a mulher geralmente encontra um nódulo único, bem delimitado, com tamanho variado, contornos lisos, apresentando consistência firme ou elástica. Se não resolver com massagens, o procedimento padrão, considerado diagnóstico e terapêutico, é a punção com aspiração do líquido do interstício.

Há três situações após o resultado da punção. A primeira é: o líquido da punção foi leitoso e houve a involução completa da lesão. O que fazer? Não se faz necessário outro tratamento, apenas observar por 30 a 60 dias. Se nesse período houver o reacúmulo de líquido, deve-se considerar a possibilidade de procedimento cirúrgico, mas sempre lembrando que esse processo é benigno. Segunda situação: houve nódulo residual pós-punção. E agora? Realiza-se uma avaliação adicional por meio de ultrassom. O terceiro caso seria: o material da punção foi purulento. É preciso fazer alguma coisa a mais? O material deve ser encaminhado para análise de bacterioscopia e cultura, e será feito o tratamento para abscesso mamário. Resumindo: se não for tratada, a evolução da galactocele é variada, podendo haver involução espontânea, evoluir para cronicidade ou formar abscesso.

As fissuras mamilares são grande causa de dor e incômodo para a mulher durante a amamentação, caracterizadas por lesões superficiais que atingem até a camada derme da pele, aparecendo nos primeiros dias de lactação.

Há diversas explicações para o aparecimento das fissuras, como ser mãe de primeira viagem, presença de anomalias nos mamilos, má higiene do local, entretanto a principal causa é a prensão incorreta da região mamilo-areolar pelo bebê, levando à sucção incorreta. No

pré-natal podem ser realizadas medidas preventivas a fim de avaliar o tipo de mamilo. Caso ele seja invertido, orienta-se a futura mãe a tomar medidas que facilitem a protrusão do mamilo, fazer exercícios de sucção com bomba apropriada ou seringa e utilizar sutiã com orifício central.

Indica-se à mãe iniciar a mamada pela mama menos afetada, aumentar a frequência das mamadas para que a criança sugue com menos força, fazer ordenha antes de amamentar para auxiliar a dar início ao reflexo de ejeção de leite, retirar a boca do bebê após a mamada de maneira espontânea do mamilo ou utilizar o dedo mínimo para auxiliar a retirada do vácuo entre o mamilo e a boca, sempre trocar a posição de amamentação para evitar excesso de pressão nos pontos doloridos.

Aconselha-se após a mamada passar um pouco do próprio leite no mamilo e deixar secar ao ar livre para prevenir o ressecamento das camadas da pele. Para a dor, pode-se tomar analgésico (sempre se lembre de procurar seu médico para saber quais medicamentos podem ser tomados durante a lactação).

## **Aleitamento artificial**

O leite materno é essencial para o recém-nascido, contudo há algumas situações especiais em que se dá a necessidade de implementar um leite artificial para o bebê.

Hoje em dia, com a industrialização e a influência das propagandas em alta, passa-se a impressão para diversas mães de que o leite materno é insuficiente para a alimentação do bebê e que seria necessário adicionar leite industrializado para dar mais energia a ele. Mas, ao contrário do que alguns acham, o leite materno é o melhor leite para o recém-nascido, e até os seis meses de idade não seria necessário implementar nenhum outro tipo de alimento.

Mas por que o leite materno é tão importante? O ato em si de amamentar no próprio seio da mãe aumenta o vínculo de amor e afeto entre mãe e filho; a criança que mama no peito cresce e se desenvolve melhor. O leite materno é o melhor e mais completo alimento que

existe para o bebê: previne infecções, obesidade, colesterol alto e diabetes, e assim a criança fica menos sujeita a alergias. A digestão desse leite é mais fácil, diminuindo as chances de enjoos e cólicas. Amamentar também traz benefícios para a puérpera: previne hemorragias no pós-parto e reduz o risco de câncer de mama e de ovários.

A vinda de uma criança na vida da mãe traz extrema alegria, mas com ela aumentam o número de obrigações e as tarefas a serem realizadas. Na busca de otimizar o tempo, algumas mães passam a alimentar o filho com mamadeira, por ser mais rápido e algo que pode ser feito por qualquer pessoa. Essa mãe pode provocar uma série de danos ao filho sem estar ciente dos prejuízos que isso pode acarretar futuramente, sendo necessário um melhor entendimento dos malefícios do uso da mamadeira.

Então, qual o problema do uso de mamadeira? Com a utilização muito precoce de mamadeiras, pode ocorrer uma “confusão de bicos”, quando o recém-nascido é apresentado a um bico artificial numa fase em que a amamentação ainda não está bem estabelecida, podendo acarretar o desmame precoce da criança.

Para fazer sucção no seio materno o bebê necessita realizar a pega correta, abrindo mais a boca e fazendo maior uso da musculatura oral. Com a mamadeira a criança possui dificuldade de voltar a mamar no peito, uma vez que para ocorrer a sucção na mamadeira não precisa fazer uma “pega correta” e o fluxo de leite que sai da mamadeira com menos esforço é maior do que o adquirido no seio materno. Além disso, a musculatura oral será menos fortalecida, e essa criança pode ter alterações na cavidade nasal, podendo se tornar um futuro respirador bucal.

Em alguns casos especiais é contraindicada a amamentação, havendo a necessidade de recorrer ao aleitamento artificial. Nesse momento pesam os benefícios contra os malefícios do desmame. No caso da mãe HIV positiva, no Brasil as autoridades recomendam fórmula infantil. Em situação em que a mãe está em tratamento com quimioterapia citotóxica, ou seja, portadoras de HTLV-1 (*human T-cell lymphotropic virus type I*), indica-se que essas mães não amamentem. Recomenda-se interromper a amamentação em casos

de uso pela mãe de fármacos contraindicados e para os quais não haja substituto (sempre lembrar de consultar seu médico).

O Center for Disease Control (CDC) prescreve a mães que fazem uso de drogas de abuso ou ilícitas que não amamentem, sempre avaliando o risco da amamentação e a capacidade da mãe de cuidar do bebê. Para as que fazem uso eventual de anfetamina, *ecstasy* ou cocaína é aconselhado ordenhar e descartar o leite por um período de 24 a 36 horas após o uso dessas substâncias. Já para as usuárias eventuais de maconha não há evidências suficientes quanto aos riscos, mas orienta-se fazer ordenha e descarte por um período de 24 horas após o uso.

O consumo eventual e moderado de álcool não contraindica a amamentação, no entanto sugere-se que a mulher amamente antes de beber e espere de três a quatro horas para amamentar novamente.

O uso de tabaco pela puerpera afeta a produção de leite, assim como o desenvolvimento da criança, todavia os benefícios do leite materno superam os possíveis malefícios que podem vir com a exposição, por isso é indicada a amamentação.

## Banco de leite

O leite humano é essencial para recém-nascidos porque alimenta e protege contra diarreia, infecções respiratórias, diabetes e alergias. Para garantir o leite materno a bebês cujas mães não podem amamentar, foram criados em todo o país os bancos de leite humano. Eles recebem, pasteurizam e distribuem o leite para as crianças internadas em unidades neonatais. O Brasil possui a maior rede de banco de leite humano do mundo, reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Em todo o Brasil, os procedimentos executados nos bancos de leite humano são supervisionados pela Vigilância Sanitária dos estados e municípios e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Desse modo, ações coordenadas, pesquisa e desenvolvimento tecnológico reduzem custos operacionais e garantem o padrão de qualidade.

Toda mulher saudável, com excesso de leite e que não usa medicamentos que impeçam a doação pode contribuir. O leite humano

doado, após passar por processo que envolve seleção, classificação e pasteurização, é distribuído aos hospitais.

#### ■ Como preparar o frasco para coletar o leite humano?

- ✓ Escolha um frasco de vidro com tampa plástica (pode ser de café solúvel ou maionese);
- ✓ Retire o rótulo e o papelão que fica sob a tampa e lave com água e sabão, enxaguando bem;
- ✓ Em seguida, coloque em uma panela o vidro e a tampa e cubra com água, deixando ferver por 15 minutos (conte o tempo a partir do início da fervura);
- ✓ Escorra a água da panela e coloque o frasco e a tampa para secar de boca para baixo em um pano limpo;
- ✓ Deixe escorrer a água do frasco e da tampa. Não enxugue;
- ✓ Você poderá usar quando estiver seco.

#### ■ Como se preparar para retirar o leite humano (ordenhar)?

O leite deve ser retirado após o bebê mamar ou quando as mamas estiverem cheias. Ao retirar o leite, é importante seguir algumas recomendações:

- ✓ Escolha um lugar limpo, tranquilo e longe de animais;
- ✓ Prenda os cabelos e cubra-os com uma touca ou lenço;
- ✓ Evite conversar durante a retirada do leite ou utilize uma máscara ou fralda cobrindo o nariz e a boca;
- ✓ Lave as mãos e antebraços com água e sabão e seque em uma toalha limpa.

#### ■ Como guardar o leite retirado para doação?

O frasco com o leite retirado deve ser guardado no congelador ou *freezer*. Na próxima vez que for retirar o leite, um novo recipiente esterilizado deve ser usado. O leite pode ficar armazenado congelado por até 15 dias.

## ■ Curiosidades sobre Joinville (SC)

- ✓ Em cerimônia ocorrida na Maternidade Darcy Vargas, de Joinville (SC), no dia 12 de dezembro de 2013, sete dos 12 bancos de leite humano de Santa Catarina receberam o certificado de credenciamento no Programa Ibero-americano em Bancos de Leite Humano, na categoria ouro, pelo cumprimento dos requisitos elaborados pela Rede Brasileira e Programa Ibero-americano. Com grande felicidade, o Banco de Leite Humano da Maternidade Darcy Vargas, de Joinville, festejou o credenciamento;
- ✓ Na mesma oportunidade, a Maternidade Darcy Vargas recebeu do Ministério da Saúde o título de referência estadual para o método canguru<sup>2</sup>.

## Situações especiais de amamentação

### ■ Amamentação do bebê prematuro

É possível e muito importante que o recém-nascido prematuro receba leite materno. A partir da 26.<sup>a</sup> semana, o trato digestivo do feto está muito parecido com o do bebê recém-nascido a termo, com mais de 37 semanas, por isso o prematuro pode receber normalmente o leite materno. É muito importante amamentar com leite materno, pois este ajuda no amadurecimento das funções digestivas e, além disso, tem propriedades que dão proteção ao bebê contra diversas infecções e estimula sua imunidade. O leite materno de mães de recém-nascidos prematuros tem propriedades diferentes das do leite de mães de recém-nascidos a termo. Trata-se de um leite que atende às necessidades do bebê prematuro, mudando suas propriedades conforme as necessidades nutricionais do bebê se alteram com o passar do tempo. A equipe médica estabelecerá a forma mais adequada para realizar a amamentação, de acordo com a idade gestacional do prematuro.

.....  
<sup>2</sup> Nesse método o bebê é colocado junto ao peito da mãe, assim como as mães cangurus fazem com seus bebês, mantendo-os aquecidos em suas bolsas na barriga.

Algumas dificuldades podem ser encontradas por mães de recém-nascidos prematuros com relação à produção e descida do leite, por isso algumas técnicas e táticas podem ser empregadas para permitir e facilitar a amamentação.

Recorre-se ao método de ordenha do leite materno para estimular a lactação, o qual consiste na retirada do leite de forma manual ou mecânica. A ordenha deve sempre ser precedida pela correta lavagem das mãos e de uma massagem delicada em todos os quadrantes das mamas, o que facilitará a ejeção do leite e estimulará o aumento da produção. Quanto mais frequente a extração do leite, maior será a produção. Estudos dizem também que a aderência da mãe ao método canguru aumenta a produção do leite.

Vários aspectos, que envolvem situações físicas e emocionais, influenciam a descida do leite, sendo extremamente necessária a produção do hormônio ocitocina, responsável pela descida do leite. Para isso, a mãe deve estar tranquila, segura e sem ansiedade. Desse modo, é muito importante o apoio incondicional dos familiares.

A sucção do bebê prematuro é fraca, por isso se lança mão de algumas técnicas que facilitam a prática da amamentação. Recomenda-se que mães de bebês prematuros que já podem ser amamentados no peito façam a ordenha do leite inicial, que não é tão rico em nutrientes, para que, quando o bebê inicie a mamada, ele possa mamar somente o leite final, rico em gorduras e calorias necessárias para que ganhe peso. Caso o bebê venha a sugar o leite anterior, ele ficará cansado para mamar o leite rico em nutrientes. O leite que foi inicialmente ordenhado pode ser dado ao prematuro após o término da mamada, com auxílio de um copinho ou sonda, para não exigir muito esforço do bebê. Com o tempo, a sucção do bebê fica mais forte, não sendo mais necessária a realização da ordenha prévia do leite inicial.

Além do posicionamento adequado do bebê, as técnicas para facilitar a sucção incluem a sucção não nutritiva (o bebê suga para treinar e para que o leite seja produzido) e a estimulação oral do bebê (deixar pingar algumas gotas de leite na boca do bebê ou fazer a estimulação com o dedo). Quanto aos métodos para facilitar a

deglutição, deve ser feita a compressão rítmica das mamas e soprar a face do bebê, para que ele faça uma série de deglutições extras como reflexo. Não devem ser utilizadas mamadeiras ou chupetas para estimulação oral, salvo em situações decididas por pediatras em conjunto com fonoaudiólogos.

O que deve ser feito:

- ✓ Se for necessário, acordar o bebê para que seja amamentado. Isso porque os prematuros dormem grande parte do dia;
- ✓ Antes de iniciar a mamada, adotar uma posição confortável e manter-se relaxada;
- ✓ Fazer compressões rítmicas das mamas, para facilitar o esvaziamento. Nos bebês não prematuros isso é desnecessário;
- ✓ Trazer o bebê ao peito, adotando a posição tradicional de amamentação ou posições variadas, adaptadas ao tamanho e à fragilidade do prematuro;
- ✓ Apoiar a cabeça do prematuro durante a mamada, pois ele ainda não apresenta tônus muscular suficiente para que a cabeça não caia para trás. Ainda, no decorrer da mamada, o ritmo de sucção deve ser respeitado.

As mamadas do prematuro são lentas, longas, silenciosas e com engasgos frequentes. Estímulos extras devem ser evitados, como excesso de luz e barulho durante o ato da amamentação, para que não perca a concentração e pare de sugar. Também é preciso ficar em contato pele a pele com o bebê, e, se ele possuir menos de 2.500 g, colocá-lo na posição canguru (entre os seios) para proporcionar aconchego. Não se deve forçar o bebê a mamar nem fazer movimentos bruscos durante o ato, para que ele não perca a concentração.

Diferentemente dos bebês a termo, os prematuros têm de ser acordados para mamar. Assim, a mãe não deve se sentir culpada ou excessivamente rigorosa, pois os prematuros são menos responsivos.

O bebê pode estar em “sono profundo”, quando os olhos estão bem fechados, com respiração profunda e sobressaltos esporádicos. É nesse sono que o bebê cresce, por isso deve ser respeitado, de modo que se evite despertá-lo. Durante o “sono superficial”, mais leve, o bebê pode ser acordado para mamar. Nesse estado de sono, há movimentos respiratórios irregulares e alguma movimentação. Para



acordar o prematuro, pode-se massagear a face ou os pés, ou colocá-lo com a barriga no braço e fazer movimentos suaves para cima ou para baixo, até que ele abra os olhos.

### ■ Amamentação de gêmeos

Mães de gêmeos geralmente possuem leite suficiente para amamentar seus dois bebês. O grande problema encontrado por elas é o cansaço e a falta de tempo para realizar seus afazeres, pois os dois bebês exigem cuidados e atenção especial. Nesses casos é imprescindível o apoio do pai ou de algum familiar nos afazeres domésticos e em alguns cuidados com as crianças. Para realizar a amamentação simultânea dos dois bebês, é preciso procurar um profissional da saúde, do Banco de Leite Humano por exemplo, para que ele tire suas dúvidas e lhe ensine o melhor modo de executar tal tarefa. Uma boa opção para tentar alimentá-los ao mesmo tempo seria utilizar a posição invertida, na qual a mãe posiciona o corpo e as pernas dos bebês por baixo de seus braços, segura a cabeça deles com as mãos e aproxima cada um de suas mamas, apoiando os braços em travesseiros e almofadas. É essencial estimular o bebê de menor peso ou o mais sonolento a mamar em intervalos menores, e a mãe precisa descansar entre as mamadas e ter uma alimentação equilibrada.

### ■ Amamentação de bebês com fenda labial e fenda palatina

Bebês com fenda palatina costumam ter muita dificuldade na pega, pois não encontram apoio para a língua, que faz o movimento de compressão da mama para que o leite saia. Deve-se evitar, portanto, colocar o bebê para mamar no peito. O leite pode ser oferecido em copinho, xícara ou colher e sondas, em casos especiais. Coloque o bebê no peito somente quando ele estiver mais calmo, sem muita fome. A mãe tem de utilizar uma posição mais vertical ao amamentar, para que o nariz do bebê fique livre e ele não se engasgue com muita frequência. A posição adequada é aquela em que o bebê consiga abocanhar grande parte da aréola mamária, que pode tampar a fenda, evitando possível aspiração de leite. E, em casos de fenda labial, pode-se tampar a fenda

com micropore para facilitar a pega. Uma opção no caso de bebês com fenda palatina é colocar uma prótese de acrílico no céu da boca logo após o nascimento ou nos primeiros dias de vida.

É importante lembrar de consultar um fonoaudiólogo especializado em bebês fissurados. Ele ensinará exercícios para fortalecer a musculatura da boca do bebê, o que ajudará na sucção. Também é preciso informar-se sobre o tratamento cirúrgico a ser realizado para correção dessas condições.

### ■ Amamentação de bebês com problemas neurológicos

Bebês com certos problemas neurológicos apresentam dificuldades para coordenar os atos de sugar, engolir e respirar, podendo assim aspirar leite. Mães que tenham bebês com problemas neurológicos podem ordenhar e armazenar seu leite, especialmente o colostro (leite produzido nos primeiros dias) e oferecê-lo ao bebê, frequentemente por sonda, dependendo da condição da criança. Consultar um fonoaudiólogo também é essencial para auxiliar a mãe caso o bebê tenha dificuldade para sugar.

### ■ Amamentação do bebê com refluxo gastroesofágico

O refluxo gastroesofágico é o retorno do conteúdo do estômago para o esôfago. É mais comum em bebês alimentados com mamadeira. Pode ser considerado normal no bebê, porém existem alguns casos em que há repercussões na saúde da criança, como ganho de peso inadequado e aspiração de leite para os pulmões. Para prevenir tais problemas, a mãe pode tomar alguns cuidados, como amamentar o bebê em posição vertical, manter o bebê em posição vertical por aproximadamente 30 minutos após a mamada, evitar balançar o bebê após a mamada, evitar trocar fraldas após a mamada, quando realizar a troca de fraldas evitar erguer as pernas do bebê para que a pressão no abdome não aumente e colocar o bebê para dormir em berço com a cabeceira elevada a 30 graus. A mãe precisa ficar atenta ao ganho de peso do bebê durante intervalos curtos, de duas semanas.

## ■ Dificuldades para amamentar

Caso a mãe seja impossibilitada de amamentar, existem outros meios que atendem às necessidades do bebê. Trata-se do leite adaptado a uma fórmula infantil, em pó ou fluido. Deve-se consultar o pediatra caso a mãe não seja capaz de amamentar, para que este lhe indique qual o tipo de leite adequado para satisfazer as necessidades nutricionais do bebê. Esse leite pode ser dado em mamadeira ou copinho. Ambos devem ser lavados e fervidos por cerca de 15 minutos, deixando-os secar naturalmente, para prevenir contaminações. Outra opção de higienização, ao utilizar a mamadeira, é imergi-la junto com seus componentes em água com cloro (hipoclorito de sódio 2,5%), colocando 20 gotas em um litro de água, por 15 minutos. É importante nunca guardar restos de leite ou outros líquidos na mamadeira para oferecer depois ao bebê.

Não se deve dar leite de vaca integral para o bebê, pois seu organismo ainda está em desenvolvimento. O leite de vaca integral não possui os nutrientes fundamentais para o recém-nascido, como ferro, zinco, vitaminas D, E e C, e tem alguns outros nutrientes em excesso, que sobrecarregam o organismo do bebê, possibilitando o desenvolvimento de doenças no futuro.

Existem algumas mães que produzem uma quantidade de leite materno maior do que a necessária para alimentar o seu bebê. Nesses casos, há pontos de doação de leite materno em diversas maternidades. O leite doado é usado para alimentar recém-nascidos prematuros, por exemplo, cujas mães ainda não começaram a produzir leite.

## ■ O leite materno ordenhado

O leite pode ser ordenhado por diversos motivos, entre eles:

- ✓ aliviar o peito muito cheio para prevenir empedramento do leite e problema nas mamas;
- ✓ manter a lactação enquanto o bebê não puder mamar ou a mãe estiver impossibilitada de amamentar (em viagem ou no trabalho, por exemplo);
- ✓ coletar leite para alguém oferecer ao bebê na ausência da mãe.

O leite tem de ser ordenhado depois da mamada ou quando as mamas estiverem muito cheias e ser retirado com as mãos.

Após realizar os cuidados do preparo para retirada do leite, o recipiente de vidro deve ser aberto, e a tampa, colocada com a abertura para cima, sobre uma mesa forrada com pano limpo. Na sequência, segurar o recipiente de vidro (previamente esterilizado) próximo à mama, massageá-la em todos os sentidos e sacudi-la levemente para facilitar a saída do leite. Depois pressionar a região onde acaba a parte escura da aréola, com o polegar acima e os dedos indicador e médio na parte de baixo da aréola. Os dedos devem ser firmados e empurrados para trás, em direção ao próprio corpo, fazendo movimentos ritmados de modo a soltar e pressionar a região várias vezes. Repetir o procedimento nas laterais, assegurando que o leite seja retirado de todas as partes da mama. Se sentir dor durante a ordenha, a técnica pode estar incorreta. Por isso, é preciso cuidar para não pressionar nem puxar o mamilo, pois isso não extrairá o leite; ao contrário, machucará a mama. Ao fim da coleta, fechar bem o recipiente e anotar na tampa a data em que iniciou a coleta. Então, guardar no *freezer* ou na geladeira. O leite que for coletado posteriormente pode ser colocado sobre o que já estiver armazenado no *freezer* ou congelador (até quando estiver há dois dedos de completar o recipiente). Contudo deve-se considerar para o consumo a data da primeira coleta, anotada no vidro. Ressalta-se que, quanto mais rápido o leite for congelado, menor o risco de contaminação.

O leite materno ordenhado precisa ser armazenado em vidro com tampa de plástico, que pode ser fornecido já esterilizado por um banco de leite humano. Ainda, os vidros podem ser lavados e fervidos em casa. Para isso, deve-se colocá-los em uma panela com água (que cubra todos os recipientes) e manter por 15 minutos após o início da fervura.

A importância de conservar o leite em baixas temperaturas consiste em prevenir a proliferação de microrganismos, mantendo a qualidade e evitando prejuízos ao bebê. Dessa maneira, pode ser armazenado na prateleira superior da geladeira por até 12 horas, no

congelador da geladeira por cinco dias, e no *freezer* por, no máximo, 15 dias. Caso tenha sido pasteurizado num banco de leite humano, pode ser estocado no *freezer* por até seis meses.

Se houver necessidade de transporte, ponha o vidro com o leite ordenhado em um isopor de material liso, resistente, impermeável, de fácil limpeza e, quando possível, acondicionado em gelo reciclável (mistura de 200 ml de glicerina líquida com 200 ml de álcool e 600 ml de água, congelados por 12 horas dentro de saco plástico resistente).

Para descongelamento lento, tire do *freezer* e mantenha na geladeira. No caso de descongelamento rápido, coloque em banho-maria. É importante ressaltar que o leite materno não pode ser fervido. Antes de oferecer ao bebê, movimente o frasco lentamente para homogeneizar (misturar) os diversos componentes do leite. Utilize um copinho ou colherzinha esterilizada para dar o leite ao bebê. Não use mamadeiras nem chucas, pois confundem o bebê, podendo levar ao abandono do peito. Também não utilize o resto de leite que já foi oferecido (pois pode ter havido contaminação). Para servir o leite no copinho, deve-se proteger a cabeça do bebê com a mão espalmada na base do crânio, encostar a borda do copo no lábio inferior do bebê e movimentar o copinho para que o leite toque o lábio. Quando ele abrir a boca, posicione a borda do copinho abaixo da língua dele. O bebê pode buscar o leite com a língua dentro do copinho, fazendo movimentos de lambida do leite, seguidos de deglutição. Não despejar o leite na boca do bebê, apenas virar o leite quando ele movimentar a língua, lábio ou bochecha. Ao final, colocá-lo para arrotar.

A coloração do leite pode mudar de acordo com seus componentes, período de amamentação e momento da ordenha. Varia entre esbranquiçado, amarelo, esverdeado e até azulado. Isso não representa risco para o bebê. O colostro (leite da primeira semana após o parto) costuma ser claro ou chegar ao amarelo-alaranjado. No período de transição (semana seguinte) a cor muda gradualmente para branco-azulado, até se tornar um leite maduro. A dieta materna e o uso de medicações também podem alterar a cor do leite. Sucos, gelatinas e refrigerantes podem torná-lo róseo ou róseo-alaranjado,

e o caroteno (de alimentos como a cenoura), amarelado. No início da ordenha a coloração é mais clara, pois há maior quantidade de água. No meio, a maior concentração de proteínas o torna branco-opaco. Já no estágio final a maior quantidade de gordura faz o leite ficar amarelado. A mãe precisa ficar atenta e, caso identifique a cor vermelho-tijolo ou marrom-escuro, esverdeada ou ainda a presença de sangue, tem de consultar o médico ou o profissional de um banco de leite. Isso porque as infecções bacterianas, as rachaduras no bico do seio e os aspectos associados à dieta podem alterar a coloração, então é preciso descartar a primeira hipótese a fim de que o bebê não venha a ser prejudicado.

## **Doenças maternas e amamentação**

A impossibilidade de amamentar depende da doença materna; nem todas as doenças impedem a mãe de dar de mamar ao seu bebê. Em situações como a insuficiência cardíaca, a amamentação não está indicada, pois compromete a saúde da mãe. Já no câncer, a contra-indicação depende do estágio da doença materna, do estado da mãe e da medicação utilizada. Em casos de doenças psiquiátricas, dependendo do quadro clínico a amamentação é possível, desde que com supervisão adequada.

Mães desnutridas, com algumas infecções como resfriados, infecções de vias aéreas superiores e diarreias também podem amamentar. As que têm viroses, desde que o vírus não seja excretado no leite materno, também podem amamentar. Porém nos casos em que a mãe possui Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids) a amamentação deve ser interrompida ou não deve acontecer, pois o risco de transmissão do vírus HIV pelo leite materno é muito alto, mesmo que a mãe esteja realizando tratamento medicamentoso. Há ainda outras doenças que restringem a amamentação, portanto, em caso de suspeita de algum problema, sempre consultar o médico.

A mãe pode tomar alguns tipos de medicamentos durante a amamentação, pois não são todos que passam pelo leite materno. Alguns possuem molécula grande, incapaz de atravessar o epitélio

da mama e chegar ao leite. Outros até conseguem chegar ao leite e ser ingeridos pelo bebê, mas não são absorvidos no intestino dele e, portanto, não são contraindicados. De qualquer maneira, é interessante que a mãe consulte seu médico ou um banco de leite humano para obter informações atualizadas sobre os medicamentos (nem sempre as bulas são a melhor fonte de consulta).

Bebês com mais de seis meses têm menor risco de apresentar reações aos medicamentos utilizados pela mãe durante a amamentação, pois, além de terem o fígado e o rim mais desenvolvidos, consomem menos leite materno, em virtude da complementação da alimentação com papas de legumes e frutas. Os recém-nascidos são mais frágeis e, portanto, mais propensos a reações, visto que são alimentados exclusivamente com leite materno.

Deve-se questionar o médico sempre que um tratamento for recomendado. Isso inclui verificar se este é indispensável e se não pode ser adiado sem que haja prejuízos. Se necessário, usar medicamentos seguros, com a menor dose e pelo menor tempo possível. Quando há opção, prefira os de uso tópico, sob a forma de cremes, que são mais seguros, pois não chegam em grande quantidade ao sangue e à mama. É indispensável estar atenta aos efeitos colaterais no bebê e, caso sejam observados, consultar o pediatra. Pode-se programar o horário de administração de medicamentos para logo após a mamada. Além disso, se houver necessidade temporária de interromper a amamentação, deve-se ordenhar e estocar o leite com antecedência (e fazer ordenhas periódicas para não cessar a amamentação).

Existem medicamentos denominados galactagogos (como a metoclopramida e a domperidona), capazes de aumentar o volume de leite produzido pela mãe, contudo é preciso atentar para os efeitos colaterais que podem surgir tanto para a mãe quanto para o bebê. Por isso, é fundamental que o médico seja sempre consultado. Outros medicamentos, como hormônios (estrógeno e testosterona) e diuréticos, devem ser evitados ao máximo, pois costumam diminuir a produção de leite. O mesmo se sucede em relação ao álcool e à nicotina, que interferem na produção de leite. Portanto, destaca-se que o modo mais seguro de aumentar a produção e manter o volume

de leite materno é a sucção do peito pelo bebê e o esvaziamento completo das mamas durante as mamadas.

## Vínculo entre pais e filhos

O relacionamento entre mãe e filho é a base inicial do futuro social da criança e do seu desenvolvimento intelectual e emocional. Essa relação servirá de molde para as outras relações que serão estabelecidas pela criança e pelo futuro adulto, pois por intermédio dela a criança adquire noção de si mesma, desenvolve seu psicológico de forma adequada, possui maior autoestima, se torna mais independente, apresenta melhor relacionamento com as pessoas e sobretudo mantém um vínculo afetivo duradouro com sua família. A formação incorreta desse vínculo pode ser extremamente prejudicial e implicar diversos problemas futuros, como distúrbios de sono e alimentação, atraso no desenvolvimento da criança, mau comportamento etc.

O vínculo mãe-filho é formado desde a gravidez e se fortalece com o passar do tempo. Isso ocorre desde os primeiros movimentos do feto no útero até muito além do nascimento, mas especialmente após este, quando os bebês estão mais vulneráveis aos acontecimentos e a mãe tem maior capacidade de estabelecer um elo com seu filho. Diversos fatores favorecem a formação desse vínculo tão importante, como o contato olho a olho, a voz materna, o entrosamento entre mãe e filho, o calor materno e a amamentação.

O pai também é responsável pela formação de um vínculo com o bebê. Durante a gravidez, a mãe é quem deve aproximar o pai do feto. Já após o nascimento, a presença do pai durante o parto e durante a amamentação e a troca de fraldas realizada pelo pai ajudam a criar e a fortalecer tal relação. A presença do pai também é essencial para a mãe, que se sente mais segura ao exercer sua função materna.



# AVALIAÇÕES DO RECÉM-NASCIDO

## Testes de triagem neonatal

Os testes de triagem neonatal são realizados em bebês recém-nascidos e têm como objetivo identificar doenças ou alterações que podem ser prevenidas se identificadas precocemente.

### ■ Teste do pezinho

O teste do pezinho permite a detecção de uma série de doenças e infecções assintomáticas no período neonatal, que futuramente podem causar anemias, problemas de crescimento e até retardo mental, se não tratadas previamente. Nesse teste é feito um furinho no calcanhar do bebê, de onde se coleta sangue para o exame. É indolor e deve ser realizado preferencialmente entre o terceiro e o sétimo dia de vida do bebê.

A realização desse teste é muito importante para o diagnóstico e o início do tratamento. Em casos de resultado positivo, possibilita a redução de riscos de sequelas.

Existem quatro versões do teste do pezinho:

- ✓ Básico: triagem para hipotireoidismo, fenilcetonúria e hemoglobinopatias;
- ✓ Ampliado: hipotireoidismo, fenilcetonúria, hemoglobinopatias, fibrose cística e hiperplasia adrenal congênita;
- ✓ *Plus*: hipotireoidismo, fenilcetonúria, hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita, galactosemia, deficiências de biotinidase e toxoplasmose congênita;
- ✓ Máster: hipotireoidismo, fenilcetonúria, hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita, galactosemia, deficiências de biotinidase e toxoplasmose congênita, deficiência de G6PD, sífilis congênita, citomegalovirose congênita, doença de Chagas congênita e rubéola congênita.

Algumas doenças diagnosticadas pelo teste do pezinho são indicadas a seguir.

### *Hipotireoidismo congênito*

Trata-se de uma doença causada pela deficiência total ou parcial de hormônios da tireoide, que são essenciais para o funcionamento do organismo (metabolismo). O tratamento é simples, com administração oral do hormônio, e quando instituído a tempo permite que crianças afetadas tenham um desenvolvimento normal.

### *Fenilcetonúria*

Doença genética causada pela deficiência da enzima fenilalanina-hidroxilase, que resulta em depósito de um aminoácido chamado fenilalanina nas células nervosas, causando efeitos tóxicos no cérebro e às vezes até deficiência mental severa. O tratamento consiste em uma dieta que restringe a fenilalanina, o que permite o desenvolvimento normal, caso iniciado a tempo.

### *Fibrose cística*

É uma doença hereditária na qual um gene defeituoso faz com que o corpo produza secreções corporais excessivamente viscosas. Caracterizada pelo aumento do teor de sal no suor (beijo salgado), pode causar deficiência pancreática e doença pulmonar severa. O tratamento é paliativo, realizado com reposições de enzimas, vitaminas e fisioterapia respiratória.

### *Hemoglobinopatias*

Série de doenças que geram anemia e outros problemas hematológicos, causados por alterações nas hemoglobinas, responsáveis por transportar o oxigênio pelo corpo.

### *Deficiência de biotinidase*

É uma doença genética causada pela deficiência de uma enzima chamada biotinidase, que impede o aproveitamento de uma vitamina muito importante para o nosso organismo, chamada biotina. Essa doença pode provocar convulsões, lesões de pele e deficiências no desenvolvimento intelectual.

### *Hiperplasia adrenal congênita*

Doença hereditária, causada pela deficiência de um hormônio chamado cortisol. Acarreta anomalias no desenvolvimento dos órgãos sexuais de meninos e meninas, além de uma perda muito grande de sal, que pode levar a desidratação grave e até óbito se não tratada nos primeiros meses de vida.

### *Galactosemia*

Doença genética caracterizada pela incapacidade de metabolizar galactose, principal açúcar do leite. Assim, a galactose não pode ser transformada em glicose, principal fonte de energia para as células. Com isso, há um acúmulo de galactose no organismo, o que pode ocasionar toxicidade e doenças como cirrose e catarata. Além disso, os níveis de glicose ficam baixos, fazendo com que o cérebro comece a morrer e haja retardo mental.

### *Toxoplasmose congênita*

A toxoplasmose congênita é transmitida via placenta, por conta da ingestão de cistos do protozoário *Toxoplasma gondii*, que podem estar presentes em carne crua ou mal passada ou em solo contaminado com fezes de gatos. É uma infecção que gera lesão cerebral e ocular, podendo causar convulsões, cegueira, deficiência auditiva, atraso no desenvolvimento e distúrbios de aprendizagem.

## Teste do olhinho (pesquisa do reflexo vermelho)

Trata-se de um exame simples, rápido e indolor, no qual o pediatra utilizará um oftalmoscópio, para observar o interior do olho do bebê.

A parte interna da retina do recém-nascido é vermelha, por isso ao utilizar o oftalmoscópio o pediatra verifica um reflexo vermelho, indicando que as estruturas



internas dos olhos do bebê (córnea, câmara anterior, íris, pupila, cristalino, humor vítreo e retina) estão transparentes, permitindo que a retina seja atingida pela luz. Esse resultado é positivo e indica que o bebê está em boas condições para desenvolver sua visão.

Quando esse reflexo não é observado, ou não se apresenta com clareza, significa que pode haver alguma alteração na estrutura do olho do bebê. Nesse caso o pediatra encaminhará o bebê a um oftalmologista para confirmação do diagnóstico e tratamento.

A realização do teste do olhinho permite a detecção precoce de doenças como a catarata congênita, o glaucoma congênito e alguns tumores, como o retinoblastoma. Com ele também se detectam alguns traumas oftálmicos decorrentes do parto, hemorragias e alguns casos de inflamações ou infecções.

## Teste da orelhinha

É um teste rápido e indolor, realizado com o bebê dormindo. Nele o médico utiliza um equipamento que emite ondas sonoras no ouvido do bebê e analisa as respostas do ouvido a esse estímulo. Caso não haja



Fonte: <http://clintrat.blogspot.com.br/2010/09/importancia-do-teste-da-orelhinha.html>

resposta ao estímulo, o teste deve ser realizado novamente após um mês, pois podem ocorrer falhas pela possível presença de líquido dentro do ouvido do bebê.

Em caso de confirmação de perda auditiva no segundo teste, devem ser feitos mais testes para verificar a causa dela.

A realização do teste da orelhinha é essencial para diagnosticar possíveis deficiências auditivas que futuramente podem atrapalhar o desenvolvimento adequado da linguagem e o aprendizado da criança.

## Teste do coraçãozinho

O teste do coraçãozinho, ou oximetria de pulso, é um exame simples, rápido e indolor empregado para diagnosticar cardiopatias congênitas. Nesse teste, o pediatra utiliza um oxímetro, aparelho que mede a oxigenação do sangue, colocando-o na mão direita e em um dos pés do bebê.

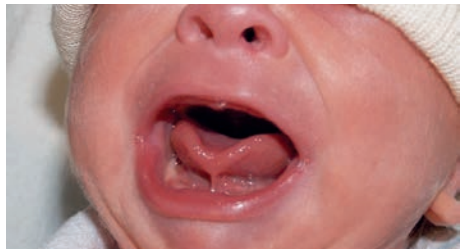


Fonte: Agência Brasil

Se o aparelho indicar nível de oxigenação maior ou igual a 95% nas duas extremidades com diferença menor que 3% entre elas, o resultado é considerado normal. Já se o nível de oxigenação estiver menor que 95% e a diferença for maior ou igual a 3%, o teste deve ser repetido após uma hora. Caso o resultado persista, deve ser feita uma ecocardiografia no bebê em 24 horas, e ele passará a receber acompanhamento cardiológico.

## Teste da linguinha

Trata-se de um exame recente, obrigatório apenas em alguns municípios brasileiros. Deve ser realizado nos primeiros dias de vida e de



Fonte: <http://www.folhadomate.com/blog/mateando/0000/vem-ai-o-teste-da-linguinha>

preferência ainda na maternidade. Verifica o movimento da língua da criança e a posição do frênulo (pele abaixo da língua), por meio da observação de como a criança mama e também de exames de toque.

É possível com isso detectar a chamada língua presa e o grau de limitação de seus movimentos, o que pode afetar as funções de sugar, engolir, mastigar e falar.

## **CARACTERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO**

### **O peso**

Quando não há anormalidades na gestação e o bebê não é prematuro, a média de peso é de 3,3 kg para os meninos e 3 kg para as meninas.

Durante a primeira semana, é normal que o recém-nascido perca cerca de 10% do seu peso, em virtude da excreção de água corporal e da eliminação das fezes acumuladas durante a gestação (mecônio).

A partir da segunda semana o bebê começa a ganhar peso progressivamente, pois o colostro (secreção que vem antes da descida do leite materno, rico em calorias, proteínas e anticorpos) já foi substituído pelo leite materno e o bebê já é mais ativo e eficiente na sucção, além de a mãe estar mais confiante quanto à técnica de amamentação.

No fim do mês espera-se que o bebê tenha engordado, em média, de 25 a 30 g por dia.

### **Comprimento (estatura)**

É a medida da estatura do bebê deitado. Isso porque até os 2 anos de idade existe uma variação de 0,7 cm para menos quando se verifica de pé tal medida. Exceto em prematuros, geralmente a estatura varia entre 48 e 53 cm; no primeiro mês de vida o bebê cresce 3,5

em em média. Do nascimento até os 20 anos o ser humano passa por um processo contínuo de crescimento. Dessa maneira, o crescimento e o desenvolvimento devem ser acompanhados periodicamente pelo pediatra, a fim de identificar precocemente possíveis desvios para intervir e minimizar eventuais danos.

## Temperatura

Varia entre 36 e 37,3°C quando medida na axila do bebê.

## Pele

Os problemas de pele podem ser reconhecidos pelos pais. Algumas das alterações mais comuns incluem:

- ✓ Miliária (brotoeja): conjunto de pápulas branco-peroladas que ocorrem por causa da obstrução da via de saída ou hiperplasia (aumento) das glândulas sudoríparas. Podem ser encontradas mais frequentemente nas regiões propensas a maior sudorese;
- ✓ Melanose pustulosa transitória (“impetigo asséptico”): pequenos cistos semelhantes à miliária que, quando rompidos, deixam a pele temporariamente escurecida, na cor de café com leite.

## Olhos

Nos primeiros meses de vida é comum haver pequenas hemorragias conjuntivais, fazendo com que o olho do bebê fique com um aspecto vermelho e com um discreto estrabismo (bebê vesgo). É preciso ficar atento e avisar o pediatra se os pais notarem que as pálpebras estão caídas ou permanentemente fechadas, se houver secreção com pus, olhos pequenos ou grandes demais, diferença no tamanho das pupilas (“menina dos olhos”), fenda na íris (parte colorida), cristalino opaco (visto no centro da íris), entre outras alterações, a fim de que o bebê seja acompanhado.

## ■ A visão

Ao nascimento, o bebê só enxerga a uma distância de 20 a 30 cm de seus olhos, o que coincide com a distância entre mãe e bebê durante a amamentação. Por isso, é essencial que a mãe troque olhares com o bebê, converse, sorria e o acaricie, a fim de propiciar a intimidade entre ambos e fortalecer um vínculo de amor e afeto.

## Orelhas – a audição

O bebê já ouve bem ao nascer e prefere a voz feminina (o que facilita o contato precoce com a mãe).

## Nariz

Congestão nasal com certo ruído ao respirar e espirros frequentes são normais nos primeiros meses, sem que isso represente alguma doença.

## Boca

Eventualmente o bebê pode nascer com dente. Se isso ocorrer, o pediatra deve ser consultado para avaliar a necessidade ou não de retirada. Podem também ser observadas algumas alterações benignas, como cistos brancos de aspecto perolado, sendo denominados pérolas de Epstein (no céu da boca) e cistos de Bohn (na gengiva), no entanto não apresentam significado clínico, dispensando qualquer tratamento.

Se notar, ao choro do bebê, que a boca tem alguma assimetria, sendo repuxada para um lado, o pediatra deve ser comunicado. Nesse caso pode ter ocorrido paralisia do nervo facial.

## Cabeça

Costuma ser grande em relação ao corpo, com uma média de 34 a 35 cm de perímetro cefálico ao nascimento. O pediatra acompanha



o crescimento cefálico durante as consultas, para verificar se o cérebro está crescendo normalmente. No fim do primeiro mês, o perímetro cefálico tem, geralmente, um aumento de 2 a 3 cm. Também podem ser verificadas algumas alterações no formato da cabeça do bebê, dependendo do tipo de parto ou da posição em que permanece mais tempo deitado. Isso, no entanto, não deve preocupar os pais porque na maioria das vezes se resolve espontaneamente após algum tempo, não requerendo cuidados diferenciados.

Estruturas normais na cabeça do bebê incluem as suturas (entre os ossos do crânio, para permitir que o cérebro cresça – os ossos não ficam soldados entre si), fontanelas (aberturas em pontos de encontro dos ossos do crânio – “moleira”) e craniotabes (área depressível na superfície dos ossos do crânio cuja persistência por mais de três meses precisa ser investigada pelo pediatra, porque pode representar raquitismo).

## **Pescoço**

Precisa estar numa posição que mantenha a cabeça centralizada e proporcione uma mobilidade adequada. Qualquer desvio persistente para um dos lados pode representar lesão no músculo do pescoço. Existem também outras alterações cervicais como o bócio congênito e linfadenomegalias. Portanto, o pediatra deve ser comunicado caso haja alteração no posicionamento ou dificuldade de movimentação.

## **Tórax**

Pode ocorrer aumento de volume das mamas (com ou sem secreção de leite) tanto em meninos quanto em meninas, em virtude dos hormônios maternos, o que desaparece espontaneamente. Às vezes aparecem glândulas mamárias extranúmericas (mais do que duas), que também costumam desaparecer com o tempo. Não se deve espreme-las nem passar medicamentos. Os pais devem se preocupar se o bebê apresentar esforço ao respirar ou alteração de ritmo nos movimentos respiratórios, sendo necessário comunicar ao pediatra. A



dificuldade de movimentar um dos braços associada ao choro quando manipulado também precisa ser relatada, pois pode significar fratura de clavícula.

## **Pulmões**

A respiração dos recém-nascidos costuma ser abdominal, alternando momentos de respiração lenta e superficial com outros de frequência rápida e respiração profunda. Geralmente os recém-nascidos respiram de 30 a 60 vezes por minuto, variando de acordo com fatores como vigília, choro e sonolência.

## **Pulso e frequência cardíaca**

A frequência cardíaca varia de 100 a 160 batimentos por minuto (mais elevada que a da criança maior ou que a dos adultos). Geralmente aumenta durante o choro e diminui quando o bebê está dormindo. Frequências muito altas ou muito baixas devem ser examinadas pelo pediatra. O mesmo se aplica à presença de sopro (que pode ser normal nos primeiros dias de vida, mas se persistir deve ser avaliada).

## **Abdome**

Geralmente é globoso (redondo). Se ficar muito distendido (cheio) ou escavado (fundo), o pediatra deve ser comunicado. Da mesma maneira, vômitos e dificuldades de evacuação têm de ser observados.

## **Coto umbilical**

Geralmente cai entre 7 e 14 dias, sendo normal que isso aconteça um pouco mais cedo ou mais tarde, sem que constitua um problema. Pequena quantidade de secreção (clara e sem cheiro, e até um pouco de sangramento) é normal, desde que não seja em grande volume. Se

houver muito pus, secreção fétida ou vermelhidão na pele ao redor, o pediatra precisa ser comunicado.

## Genitália

### ■ Dos meninos

A bolsa escrotal deve ser palpada no intuito de verificar presença ou ausência de testículos. O acúmulo de líquidos dentro da bolsa escrotal é comum e geralmente é absorvido nos primeiros seis meses de vida. Existem também aderências entre a pele (prepúcio) e a cabeça do pênis (glande), que são normais. O orifício por onde sai a urina (meato urinário) deve ser central. É preciso avaliar a presença de hérnias inguinais, que consistem sinal de urgência.

### ■ Das meninas

Após o nascimento é comum a existência de uma secreção esbranquiçada, mais ou menos abundante, podendo estar acompanhada de secreção sanguinolenta. Isso não tem significado clínico e pode estar relacionado à ação de hormônios maternos. Ainda, os pequenos lábios e o clitóris são proeminentes após o nascimento.

## Aparelho locomotor (membros)

Devem estar nas proporções normais e ser devidamente simétricos.

## Temperamento

A criança ganha segurança e tranquilidade à medida que tem suas necessidades supridas (como a alimentação sempre que sente fome). Salienta-se que os bebês amamentados de acordo com o ritmo de fome tendem a se mostrar mais calmos. Também ficam mais tranquilos se recebem colo em situações aflitivas, como as cólicas.

## Movimentos corporais

Os primeiros movimentos são imprecisos, com pouca coordenação. São mais habilidosos na sucção e na fixação do olhar ou ao virar a cabeça (principalmente para a voz feminina).

## VACINAÇÃO INFANTIL

**BCG:** Aplicada em dose única, por via intradérmica. É eficaz contra formas graves de tuberculose. A evolução inclui nódulo, úlcera, crosta e tem cura espontânea (entre seis e dez dias), deixando uma cicatriz no braço direito do bebê. Se não formar cicatriz até o sexto mês, reavaliar necessidade de repetir a vacina.

**Vacina contra hepatite B:** A primeira dose é administrada nas primeiras 12 horas de vida. A segunda dose pode ser aplicada com 1 ou 2 meses. Aos 6 meses aplica-se a terceira dose. Crianças com peso igual ou inferior a 2 kg no nascimento ou com menos de 33 semanas de vida devem receber quatro doses da vacina (esquema 0, 1, 2 e 6 meses).

Para as vacinas após os 2 meses, existem vários calendários recomendados/oferecidos pelas principais instituições do país (como o calendário básico de vacinação da criança do Ministério da Saúde, da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Associação Brasileira de Imunizações). Optou-se por seguir o calendário da Sociedade Brasileira de Pediatria, por ser o mais completo:

**Tríplice bacteriana acelular (DTPa):** Protege contra difteria, tétano e coqueluche. Trata-se de uma vacina combinada, aplicada por injeção em 5 doses: aos 2, 4 e 6 meses, por meio da vacina pentavalente, e dois reforços apenas, com a tríplice bacteriana aos 15 meses e o segundo entre 4 e 6 anos. A DTPa tem o mesmo esquema

vacinal que a DPT, porém as reações adversas são menos frequentes e menos intensas.

**Hib (Hemófilos tipo b):** Previne infecções causadas por essa bactéria, como meningite, sinusite e pneumonia. A vacina é dada aos 2, 4 e 6 meses, com reforço aos 15 meses.

Observação: A vacina tríplice bacteriana e a hemófilos tipo b faziam parte da vacina tetravalente. Atualmente existe a vacina pentavalente, que une a tetravalente com a hepatite B.

**Poliomielite (vírus inativados) – VIP:** Recomenda-se que as duas primeiras doses contra a paralisia infantil sejam injetáveis (em vez da via oral, em gotas), pois é considerada mais segura. Assim, as doses seguintes podem ser via oral. É dada aos 2, 4 e 6 meses. O reforço acontece aos 15 meses e, posteriormente, aos 4 anos.

**Rotavírus:** Previne o vírus que causa principalmente a gastroenterite. É uma vacina oral, dada aos 2 e aos 4 meses, podendo ser administrada também no sexto mês, dependendo do fabricante (que pode fazer a vacina em duas ou três doses).

**Pneumocócica conjugada:** Protege contra bactérias do tipo pneumococo, que causam doenças graves como meningite, pneumonia, otite média, sinusite e bacteremia. A vacina é administrada em três doses e mais um reforço. A dose é dada aos 2, 4 e 6 meses. O reforço ocorre aos 15 meses.

**Meningocócica C conjugada:** Protege da bactéria meningococo C, que causa mais meningite em crianças de até 4 anos. É aplicada com injeção aos 3 e aos 5 meses, e o reforço aos 12 meses. Recomenda-se outro reforço entre 4-6 anos e aos 11 anos, em virtude da perda rápida de proteção.

**Influenza:** Protege da gripe. Sugerem-se duas doses no primeiro ano de vacinação da criança menor de 9 anos, a partir dos 6 meses de idade. Nos anos seguintes, apenas uma dose de reforço.

**Poliomielite oral (vírus vivos atenuados) – VOP:** Imuniza a criança contra poliomielite ou paralisia infantil. É indicado que as primeiras duas doses sejam de VIP injetável (vírus inativados), e as seguintes podem ser VOP ou VIP. Também se indica que toda criança entre 2 meses e 5 anos seja vacinada com a VOP em todos os dias da campanha de vacinação nacional contra a poliomielite.

**Febre amarela:** Aplicada naqueles que residem em áreas endêmicas com recomendação da vacina ou que vão viajar para esses locais. Deve ser efetuada a partir dos 9 meses e, se persistir risco, fazer reforços de dez em dez anos.

**Hepatite A:** Previne contra a hepatite. É realizada por injeção em duas doses e em um período de seis meses. Só pode ser aplicada após o primeiro ano de vida (normalmente aos 12 meses e a segunda dose aos 18 meses).

**Tríplice viral:** Protege a criança do sarampo, da rubéola e da caxumba, por meio de vacina combinada dada por injeção em dose única aos 12 meses. O reforço é feito entre 2 e 4 anos. Não há necessidade de aplicação de mais de duas doses.

**Varicela (catapora):** Orienta-se a dar duas doses contra a varicela: a primeira aos 12 meses, e a segunda, aos 15 meses.

**HPV (Papilomavírus humano):** A vacina contra HPV foi aprovada para uso em mulheres de 9 a 26 anos. Sempre que possível deve ser aplicada na adolescência, antes de iniciada a vida sexual. A posologia recomendada é de três doses (com intervalo de dois meses entre elas), via intramuscular.

## SITUAÇÕES ESPECIAIS

### Bebê prematuro

Consideram-se bebês prematuros aqueles que nasceram com menos de 37 semanas completas de gestação. Eles têm peso e desenvolvimento variáveis, dependendo da idade gestacional ou da causa da prematuridade. Assim, às vezes precisam permanecer em uma unidade neonatal ou berçário de alto risco, onde podem ficar em incubadoras ou ter acesso a aparelhos que auxiliam na respiração, por exemplo.

Durante o período em que o bebê ficar internado, é imprescindível que a mãe visite seu filho, passando o tempo que quiser com ele. Em alguns casos, quando o bebê estiver preparado e possibilitado de respirar sem a ajuda de aparelhos, a mãe pode entrar em contato direto com ele. Trata-se do método canguru, no qual o bebê é colocado no peito da mãe; assim o calor manterá o bebê aquecido, do mesmo modo que as mães cangurus fazem com seus bebês, mantendo-os em suas bolsas na barriga.

Muitas vezes pode ser difícil aceitar o fato de que o bebê nasceu prematuro, porém é importante que haja interesse dos pais quanto às condições de saúde de seu bebê e de como ele está evoluindo. Por isso, durante esse período o apoio familiar é essencial, e, caso necessário, consultar um psicólogo também pode ajudar.

#### ■ Nutrição do bebê prematuro

É possível e muito importante que o recém-nascido prematuro receba leite materno, pois este ajuda no amadurecimento das funções digestivas, tem propriedades que dão proteção ao bebê contra diversas infecções e estimula sua imunidade. Além disso, o leite materno de mães de recém-nascidos prematuros é diferente do de mães de recém-nascidos a termo, pois possuem nutrientes que atendem às necessidades do bebê prematuro no decorrer de sua evolução.

A partir da 26.<sup>a</sup> semana, o trato digestivo do feto é muito parecido com o do bebê recém-nascido a termo com mais de 37 semanas, por

isso pode receber normalmente o leite materno. Então, conforme a idade gestacional do prematuro, a equipe médica vai estabelecer a forma mais adequada para realizar a amamentação.

### ■ Alta do bebê prematuro

No início a perda de peso é comum. Porém, entre uma semana e dez dias, o bebê começa a recuperá-lo. Assim, ao atingir pelo menos 2 kg e respirar sem a ajuda de aparelhos, pode receber alta.

### ■ Vacinação do prematuro: recomendações, esquemas e cuidados especiais

**BCG – ID:** Deve ser aplicada na maternidade, quando houver peso maior ou igual a 2 kg.

**Hepatite B:** Recomenda-se a aplicação de uma quarta dose em todo recém-nascido com menos de 2 kg que recebeu a vacina imediatamente após o nascimento, ou seja, com 0, 1, 2 e 6 meses de vida.

**Palivizumabe:** Específica contra o vírus sincicial respiratório, indicada para prematuros e crianças de maior risco. Deve ser aplicada nos meses de maior circulação do vírus.

**Pneumocócica conjugada:** O risco de doença pneumocócica é maior no prematuro ou nos recém-nascidos de baixo peso ao nascer, porém o esquema vacinal é o mesmo de todos os recém-nascidos.

**Influenza (gripe):** Devem ser respeitadas a idade cronológica e a sazonalidade da circulação do vírus. São indicadas duas doses a partir dos 6 meses, com intervalo de 30 dias entre elas.

**Poliomielite:** Utilizar somente a vacina inativada injetável (VIP) em recém-nascidos internados na unidade neonatal.



**Rotavírus:** Não se aplica esta vacina em ambiente hospitalar, pelo fato de ela possuir vírus vivos atenuados.

**Tríplice bacteriana:** Usar preferencialmente vacinas acelulares, pois reduzem o risco de apneias e episódios convulsivos pós-aplicação.

**Hemófilos tipo b:** As vacinas combinadas de DTPa com Hib e outros antígenos são preferíveis, pois permitem a aplicação simultânea e se mostraram eficazes e seguras para os prematuros.

**Atenção:** As demais vacinas do calendário de vacinação da criança devem ser aplicadas de acordo com a idade cronológica.

## **Bebês com síndromes genéticas e malformações**

Quando o bebê nasce com alguma malformação ou síndrome genética, muitas vezes a adaptação e aceitação do bebê podem ser difíceis, pois a imagem criada pelos pais antes do nascimento é diferente. Então os pais devem se reorganizar psicologicamente e enfrentar as dificuldades, juntamente com o bebê.

Alguns erros de metabolismo ou do funcionamento celular, sequelas do período neonatal por falta de oxigenação cerebral, síndromes genéticas (como síndrome de Down, Edwards ou Patau) podem resultar num desenvolvimento intelectual abaixo da média. Já as malformações são resultantes de algum tipo de irregularidade no desenvolvimento do feto. Geralmente se trata de algum evento acidental na formação embrionária, que pode atingir um ou mais membros e também os órgãos do sentido.

### ■ Cuidados especiais

É importante ter conhecimento dos fatores que podem interferir no desenvolvimento do bebê, a fim de dar o suporte adequado, de acordo com as capacidades que o bebê possui, favorecendo o seu desenvolvimento. Ainda, é interessante que os pais procurem informações sobre o caso do bebê, para que ele possa conviver da

melhor forma, e esclareçam também possíveis dúvidas com a equipe de saúde responsável.

Pode ser um momento difícil para os pais e os familiares, e às vezes sentimentos ruins prejudicam o relacionamento com o bebê, por isso uma opção é consultar um psicólogo para auxiliar no caso. Além de buscar a ajuda profissional de médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e fisioterapeutas, também é interessante os pais entrarem em contato com outras famílias que estejam passando por situações semelhantes e que podem auxiliar no caso.

### ■ A alta hospitalar

Durante as primeiras 48 horas de vida, o bebê deve permanecer na maternidade, pois é o período em que seu organismo está se adaptando e que o pediatra pode detectar possíveis doenças. Portanto, antes de receber alta, o recém-nascido deve passar por uma avaliação criteriosa de suas condições clínicas; ele não pode ter apresentado icterícia, precisa ter eliminado o mecônio (primeiras evacuações do bebê) e deve estar urinando e mamando normalmente.

Além de todas as observações clínicas, é essencial que os pais já tenham adquirido habilidade e confiança para cuidar do seu bebê, que saibam lidar com dificuldades na amamentação e consigam identificar presença de icterícia (amarelão).

## **Situações que podem adiar a alta hospitalar do bebê**

Em algumas situações, o recém-nascido pode ter de permanecer na maternidade alguns dias após a alta materna. A seguir listamos algumas delas.

### ■ Icterícia neonatal

Constitui um problema muito comum, que faz mais da metade dos recém-nascidos permanecer na maternidade. Trata-se de uma

situação na qual a pele do bebê se torna amarelada, por conta do acúmulo na pele de um pigmento chamado bilirrubina. Tal acúmulo se deve ao fato de o recém-nascido ainda ter imaturidade para eliminar essa substância. É muito importante que sejam verificados os níveis de concentração da bilirrubina, pois em altas concentrações ela ocasiona danos neurológicos.

Se o recém-nascido estiver com pouca icterícia, ele apresenta apenas a pele do rosto e do tórax amarelada, porém quando é mais intensa até mesmo as pernas podem ficar amareladas. Nesse caso a icterícia passa a ser patológica, aparecendo geralmente nas primeiras 24 horas de vida. Necessita de tratamento, geralmente feito com fototerapia, muito comum e simples, no qual se coloca o bebê sem roupas e com proteção nos olhos sob luzes especiais para receber um banho de luz. Essa terapia transforma a bilirrubina em uma molécula que pode ser eliminada sem precisar do fígado do bebê, promovendo queda nos níveis de bilirrubina. O tratamento varia de acordo com a intensidade da icterícia. Nesse período o bebê deve ser amamentado normalmente.

Na icterícia fisiológica (maioria dos casos) os níveis de bilirrubina permanecem baixos e não oferecem risco ao bebê. Ela aparece entre o 2.º e o 3.º dia após o nascimento e desaparece em cerca de 10 dias. Nesse caso não há necessidade de tratamento, porém o bebê deve ficar em observação.

É muito importante que a mãe tome alguns cuidados, como não expor seu bebê ao sol, pois, apesar de reduzir a icterícia, algumas radiações emitidas pelo sol podem causar queimaduras graves, e não oferecer produtos como chás para tentar reduzir a icterícia, pois essas substâncias podem ser prejudiciais ao bebê. Em vez disso, a mãe deve continuar amamentando seu bebê, pois está comprovado que a amamentação reduz a icterícia.

Recomenda-se que os pais que não precisaram tratar a icterícia do bebê na maternidade continuem atentos à coloração da pele do bebê. São considerados sinais de perigo em crianças com menos de dois meses de idade icterícia que atinja os braços e as pernas do lactente, icterícia em crianças com mais de duas semanas de idade ou, ainda, presença de urina escura e fezes claras.

Já bebês com fatores de risco para desenvolver icterícia devem ser reavaliados 48 horas após a alta. São eles: recém-nascidos com tipo sanguíneo A ou B quando a mãe é do tipo O; recém-nascidos com Rh positivo quando a mãe tem Rh negativo; recém-nascidos filhos de mães diabéticas; recém-nascidos pequenos para a idade gestacional (PIG); recém-nascidos prematuros; recém-nascidos filhos de mães múltíparas (que já tiveram mais de um filho ou mais de um bebê de uma só vez); recém-nascidos que têm irmãos que apresentaram hiperbilirrubinemia; recém-nascidos filhos de mães tabagistas; recém-nascidos que nasceram de partos induzidos por oxitocina; idade materna acima de 25 anos; trauma obstétrico; Apgar baixo.

### ■ Hipoglicemia

A hipoglicemia é caracterizada por um baixo nível de glicose na corrente sanguínea, algo prejudicial ao bebê. Por isso este deve permanecer mais alguns dias na maternidade, até que o baixo nível de glicose não seja mais verificado.

Os recém-nascidos com maior risco de hipoglicemia são os prematuros que nascem com menos de 2,5 kg e os filhos de mães diabéticas. Assim, esses bebês devem ser submetidos a um controle dos níveis de glicose sanguínea desde o nascimento.

Os bebês filhos de mães diabéticas têm um maior consumo de glicose ao nascer, ocasionado por um aumento transitório dos níveis de insulina do feto, caracterizando a queda dos níveis de glicose no sangue.

# CAPÍTULO 2



## INDO PARA CASA... E AGORA?

### PUERPÉRIO

#### Sintomas

O período de seis a oito semanas após o parto é conhecido como puerpério. Nessa fase o corpo da mulher vai se recuperar das mudanças que ocorreram durante a gestação e o parto, além de desenvolver a capacidade de produzir leite. Trata-se de um momento emocionalmente delicado perante a necessidade de cuidar do bebê, em que o receio do novo pode causar insegurança. Daí a necessidade de compreensão e apoio do companheiro e da família.

Após o parto, o útero vai se contrair para ajudar no controle do sangramento decorrente da saída da placenta. Nos primeiros dias, esse sangramento será pouco mais intenso que uma menstruação e, progressivamente, vai reduzir até ficar algo semelhante a um corrimento por até 40 dias (primeiro ficando rosado e, finalmente, castanho ou amarelo).

As contrações do útero são percebidas como cólicas de leve intensidade, mais evidentes no momento da amamentação. As mamas aumentam de tamanho e de temperatura, ficam ingurgitadas, como parte do processo de produção do leite. Além disso, elas começam a expulsar uma secreção conhecida como colostro. O maior volume das mamas pode ser desconfortável e às vezes há a sensação de febre (que não pode passar de 38°C nem de 24 horas) e calafrios, o que é chamado de “febre do leite”. A adequada orientação da amamentação

permite controlar esses sintomas e efetivar a alimentação do recém-nascido.

Quanto ao sistema cardiovascular (do coração e seus vasos), há um aumento no rendimento cardíaco, determinado pelo ritmo cardíaco (batimentos do coração por minuto) e pelo volume sistólico (volume de sangue bombeado por batimento). O rendimento cardíaco está aumentado na primeira hora pós-parto, permanecendo assim durante uma semana. A pressão venosa dos membros inferiores, elevada durante a gravidez, normaliza-se imediatamente. As varizes, caso presentes, atenuam-se, e os edemas (inchaços) desaparecem nas primeiras semanas depois do parto com a eliminação de líquido por meio da urina e da transpiração.

No sistema urinário, a bexiga aumenta muito sua capacidade, pelo relaxamento do diafragma urogenital. A diurese (a urina), antes quase nula em decorrência do trabalho de parto, do segundo ao sexto dia estabelece-se abundante, eliminando a água acumulada durante a gestação. Essa primeira eliminação difícil da urina facilita a aparição de germes que podem causar uma infecção. Fique atenta.

Durante a gravidez, o útero aumenta de tamanho e depois do nascimento do bebê volta ao seu tamanho normal mediante um processo chamado de involução uterina (diminui de 32 cm para aproximadamente 8 cm).

Os órgãos do sistema digestivo retornam à sua disposição anatômica, graças ao esvaziamento uterino. Há uma redução da motilidade intestinal nos primeiros dias pós-parto. O funcionamento dos intestinos é restaurado entre o terceiro e o quarto dia.

As estrias do abdome e das mamas, quando presentes, perdem a cor vermelho-arroxeadas e ficam pálidas, transformando-se, em algumas semanas, nas estrias branco-nacaradas. As modificações no tipo de implantação dos pelos pubianos regredem, bem como as manchas da pele do rosto, do abdome e das mamas.

Nos primeiros 25 dias do puerpério acontece a cicatrização do endométrio, no entanto o mais comum é que a menstruação não apareça durante a amamentação. O colo do útero, a vagina e a vulva cicatrizam rapidamente se houver uma higiene correta durante essa etapa.

A concentração dos hormônios é normalizada. Por exemplo, a regularização do estrogênio acontece quatro dias depois do parto, a da progesterona cerca de dez dias depois etc.

O peso, habitualmente, sofre uma perda acentuada nos primeiros dez dias, em virtude da expulsão ovular, da maior quantidade de urina excretada, do leite que o bebê está mamando e da eliminação loquial (corrimento que ocorre durante o puerpério), o que facilitará seus movimentos.

## Preocupações comuns

### ■ Sangramento vaginal

Após o nascimento do bebê o corpo da mãe passa por um período de readaptação, em que o útero e demais órgãos reprodutivos retornam às condições anteriores à gestação.

Durante esse período de recuperação do útero ocorre a eliminação de um líquido que contém restos de células e sangue. Sua coloração é avermelhada nos primeiros quatro dias e se torna progressivamente mais clara até atingir uma cor esbranquiçada ou amarelo-clara, em torno do décimo dia após o parto.

Caso essa secreção permaneça avermelhada ou possua odor forte e desagradável, a mulher deve procurar atendimento médico.

### ■ Dores

É normal haver sangramento pela vagina e sentir desconforto e cansaço após dar à luz. Ocasionalmente, emergências médicas reais podem acontecer nos dias ou semanas que se seguem ao parto. Se houver qualquer problema, comunique ao seu médico. Mantenha as informações e as anotações da maternidade em um local seguro e indique à sua família onde estão. Numa emergência, suas anotações ajudarão a equipe da ambulância a começar o tratamento imediatamente.

A seguir há uma lista que ajudará a decidir se você precisa de socorro médico imediato ou se pode esperar pelo horário do

expediente normal. Em caso de dúvidas, contate seu médico sem demora.

### ■ Situações que requerem tratamento de emergência

Procure um pronto-socorro quando houver:

- ✓ **Perda de sangue repentina ou muito intensa:** uma grande perda de sangue vermelho-vivo pela vagina (você também pode ter palpitações cardíacas, tonturas, suores e fraqueza) é chamada de hemorragia pós-parto, e nesse caso você deve pedir ajuda imediatamente;
- ✓ **Dor de cabeça muito forte ou prolongada:** pode ser consequência dos analgésicos receitados para aliviar a dor durante o parto. Converse com um médico o mais rápido possível. Nas primeiras 72 horas após o parto, uma forte dor de cabeça (com possível obscurecimento da visão e/ou enjoo) pode ser também sinal de pré-eclâmpsia – uma doença que causa problemas circulatórios e pode ocorrer tanto depois do parto quanto durante a gravidez;
- ✓ **Respiração ofegante:** Se você ficar com uma falta de ar que não passa, mesmo quando está parada, pode ser sinal de que um coágulo de sangue “entupiu” um dos vasos sanguíneos dos seus pulmões (chamado de embolia pulmonar). Nesse caso, é necessário chamar a ambulância;
- ✓ **Dor no peito:** pode ser uma infecção no tórax ou uma distensão muscular provocada pelo esforço do trabalho de parto. Entretanto também pode ser sinal de um coágulo sanguíneo, e isso nunca deve ser ignorado. Se você sentir dor ou falta de ar ou expelir sangue quando tossir, deve chamar uma ambulância imediatamente;
- ✓ **Dor na panturrilha:** pode ser sinal de uma trombose venosa profunda – um coágulo nas veias profundas dos músculos que pode ser fatal. Em alguns casos também aparecem vermelhidão, inchaço e/ou um pequeno aumento da temperatura;
- ✓ **Febre muito alta:** febre alta (38°C ou mais), acompanhada ou não de calafrios, é sinal de infecção, que pode ser nos pontos da cirurgia do parto, no útero ou ainda nas mamas. Você poderá ficar muito doente se a infecção não for tratada imediatamente;



- ✓ **Dificuldade de urinar:** se sentir que sua bexiga está cheia, mas não consegue urinar, você deve entrar em contato com seu médico;
- ✓ **Endometrite:** essa inflamação ou irritação do endométrio é a infecção mais comum depois do parto. Manifesta-se por meio de dor e inflamação do útero, cansaço, mal-estar, aumento da temperatura. Procure seu médico;
- ✓ **Mastite:** é uma infecção das mamas caracterizada por dor ou sensibilidade numa zona mais dura e, na maioria dos casos, localizada em um só peito. Pode ser acompanhada de febre e mal-estar geral.

■ Problemas que são urgentes mas podem esperar até que você consiga uma consulta com seu médico

- ✓ **Corrimento vaginal abundante e malcheiroso:** pode indicar uma infecção no útero ou vagina;
- ✓ **Barriga muito sensível:** às vezes também é sinal de infecção. Pode ser do lado de fora do abdome, em volta dos pontos (se fez cesariana) ou dentro do útero (onde a placenta se deslocou após o nascimento). Infecção no útero sem tratamento pode aumentar o risco de hemorragia;
- ✓ **Hemorroidas severas e inchadas:** embora o aparecimento de hemorroidas (veias varicosas dentro do ânus) seja comum na mãe após o nascimento de uma criança, elas podem algumas vezes sair para fora do ânus, tornarem-se muito inchadas, dolorosas e até sangrar um pouco;
- ✓ **Depressão:** se de 10 a 14 dias após o parto você ainda sentir vontade de chorar e tiver muito mau humor, pode ser depressão. Fale com seu médico;
- ✓ **Comportamento fora do comum:** se não conseguir dormir e sentir muita angústia, confusão e desilusão, pode ser começo de uma rara condição chamada psicose puerperal. É importante receber o tratamento imediato para obter a ajuda necessária;

- ✓ **Pensamentos suicidas:** se você estiver pensando em morte ou suicídio, contate seu médico imediatamente ou conte a alguém da família, para que eles consigam ajudá-la;
- ✓ **Forte dor no períneo:** Dor na região entre o ânus e a vagina (o períneo), possivelmente com pontadas, acompanhada ou não de urina com mau cheiro, pode significar uma infecção nos pontos (se você teve parto vaginal) ou uma infecção urinária. Assegure-se de que seu médico reveja seu períneo até este cicatrizar de forma adequada;
- ✓ **Incontinência fecal:** a necessidade de correr para o banheiro é comum após o parto, mas o escape de fezes antes que você chegue ao vaso sanitário pode significar que você não está conseguindo controlar seu intestino. Fale com seu médico assim que possível;
- ✓ **Queda de cabelo:** a brusca alteração dos hormônios depois do parto pode provocar uma significativa queda de cabelo, no entanto não requer grande preocupação porque se recupera todo o cabelo sem nenhum tratamento. Procure seu médico em caso de dúvidas.

## ■ Dores perineais

No período puerperal, a presença de dor gera dificuldades para o exercício da maternidade e o desenvolvimento das atividades cotidianas, como o autocuidado, a amamentação e o cuidado com o recém-nascido, além de interferir no sono, no repouso, na movimentação, na eliminação urinária, na evacuação das fezes e no apetite da puérpera. Essas dificuldades podem causar importantes problemas físicos, psicológicos e emocionais que colaboram para experiências negativas do parto.

A dor perineal (região muscular entre a vagina e o ânus) no pós-parto é uma das morbidades mais comuns que acometem as mulheres no período puerperal. Provavelmente essa área foi cortada. Colocar gelo no local nas primeiras 12-24 horas ajuda a diminuir as dores.

Embora seja uma das principais queixas das mulheres no pós-parto, a dor perineal geralmente é desvalorizada pela própria

puérpera, por sua família e pelos profissionais de saúde, pois nesse período o bebê ganha a prioridade, ao passo que as necessidades da mulher ficam em segundo plano.

Dáí a importância de reconhecer tais sinais e sintomas, especialmente à presença de dor. A identificação da dor perineal espontânea e os métodos empregados para seu alívio são importantes para minimizá-la, oferecendo à mulher a oportunidade de vivenciar a maternidade de forma positiva e prazerosa.

Urinar pode ser doloroso nas primeiras 24 horas, mas isso é normal. Provavelmente você receberá analgésicos para tomar em casa. Lembre-se de que andar é bom para ativar a circulação e, assim, sentir-se melhor. Mantenha a região púbica sempre limpa, lave-a sempre que for ao banheiro.

#### ■ Dores lombares

No período pós-parto a dor lombar às vezes retorna. Problemas posturais nas atividades relacionadas ao bebê contribuem para tanto; trocar fraldas ou dar banho em posição inadequada pode ser o fator desencadeante. As alterações nos níveis de hormônios decorrentes da gravidez já normalizaram, mas a sobrecarga sofrida na gestação ainda não foi recuperada.

A dor pode persistir por algum tempo depois do parto, mas costuma sumir em poucos meses. Essas dores pioram quando se fica em pé por longos períodos, por isso o repouso é muito importante, assim como evitar grandes esforços.

O alívio para a dor lombar pode se dar por meio de bolsas de água quente ou até mesmo de um banho quente. Permite-se o uso de analgésicos compatíveis com a amamentação, assim como massagem no local.

## Evacuação

No período do puerpério ocorre alteração também na evacuação da mulher, e a constipação é o problema de maior prevalência. Os sintomas mais frequentes apresentados são sensação de evacuação

incompleta, dor ao evacuar, falso alarme, frequência de evacuação alterada e urgência ao evacuar.

A amamentação reduz a quantidade de líquido nas fezes, causando ressecamento. Alimentar-se mal também contribui para a constipação.

O tratamento da constipação em casos mais amenos pode ser feito por meio da alimentação, com o aumento do consumo de fibras e de líquidos. Em casos mais graves, recomenda-se procurar o médico.

## **Transpiração excessiva**

Nas primeiras 24 horas após o parto, a puérpera sofre de um forte cansaço, tem sua respiração mais pesada e o coração bate um pouco mais devagar, voltando ao normal em dois ou três dias. Há um aumento da temperatura corporal, elevando, assim, sua transpiração.

De 10 a 12 dias após o nascimento do bebê pode surgir um pouco de febre. Assim, ressalta-se que a transpiração excessiva é normal nos primeiros 14 dias para mulheres que amamentam.

## **CHEGANDO EM CASA COM O RECÉM-NASCIDO**

Ao sair da maternidade os pais vão enfrentar uma nova rotina, especialmente após o nascimento de seu primeiro filho. Ao chegar em casa, a mãe depara com um bebê que muitas vezes quer mamar o tempo todo, apresenta choros de motivos diversos e horários irregulares de sono, o que pode gerar muitos conflitos. Nesse momento, tenha muita calma! O que está acontecendo com seu bebê é normal.

As mamadas dos primeiros meses de vida são irregulares; não espere que o bebê seja um relógio e mame somente em horários

programados. É normal também que após as mamadas os bebês façam cocô e xixi com frequência. Já nesse período as fezes são amolecidas e até líquidas, não devendo ser confundidas com diarreia, e a coloração pode variar de amarela a verde-clara. Bebês que mamam exclusivamente ao seio podem evacuar tantas vezes quanto mamar ou levar até sete dias para evacuar.

A quantidade de urina é proporcional a quanto o bebê mama; o ideal é que a mãe observe se o seu bebê urina bastante, necessitando de cinco a seis trocas diárias (sinal de que o bebê está mamando bem).

Muitos bebês nessa época da vida não diferenciam a noite e o dia e muitas vezes acordam à noite para mamar. Esse ciclo em geral melhora após o terceiro mês de vida, e a mãe precisa descansar nos momentos em que seu bebê estiver dormindo, inclusive limitando visitas em demasia nas primeiras semanas de vida.

Uma técnica para ajudar o bebê a diferenciar a noite e o dia é acostumá-lo a ficar no quarto mais escuro à noite e durante o dia deixá-lo dormir na claridade. Um banho antes de dormir, à noite, também ajuda a relaxar, e quando o bebê acordar à noite não o estimule com conversas e gracinhas.

Além disso, deixe o bebê se adaptar ao seu novo lar. Os passeios podem esperar o bebê estar próximo dos 30 dias de vida. Recomenda-se evitar locais aglomerados e pouco ventilados. O ideal é passear com o bebê no sol antes das 10 horas da manhã.

Após as mamadas, é preciso sempre pôr o bebê para arrotar, pois ele engole muito ar, e deve-se deitá-lo sempre de lado, evitando a posição de barriga para cima. Regurgitações, vômitos e soluços são normais nos primeiros meses de vida, por conta da imaturidade gastrointestinal. Espirros também são frequentes desde o nascimento, por uma adaptação ao novo “ar” que o bebê está respirando. Por isso muitas vezes ele fica com o nariz entupidinho, o que dificulta a mamada. Nesse momento seria aconselhável a mãe lavar as narinas com solução fisiológica.

Banhos diários são essenciais, tanto para a higiene como para o relaxamento da criança, porém alguns bebês, nos primeiros banhos, se sentem inseguros e choram bastante. Com o passar dos dias, no



entanto, vão se acalmando e curtindo esse momento, que se torna divertido e constitui uma ótima oportunidade de interação entre o bebê e os pais. Não tenha medo do coto umbilical, ele pode ser molhado! Após o banho, basta secá-lo bem e em seguida aplicar nele álcool 70%.

Sabemos que cada choro tem um significado diferente e com certeza a melhor pessoa para identificá-lo é a própria mãe, mas no início isso pode ser um pouco complicado. Então, se o bebê estiver chorando, lembre-se das principais causas de choro e tente eliminá-las: fome, calor ou frio, fraldas sujas, cólicas ou apenas a necessidade de um “colo”, para relembrar a segurança do útero. Por fim, é preciso ter em mente que cada bebê já nasce com a sua personalidade, e não devemos compará-los mas sim respeitar o jeito de cada um.

## **CHEGANDO EM CASA COM UM IRMÃOZINHO**

Se a família está se preparando para a chegada do segundo filho, é importante seguir algumas dicas e sugestões. A primeira delas: relaxe! Se a família estiver muito ansiosa para ver a reação do filho mais velho, este com certeza reagirá com mais insegurança.

É bom já envolver o filho mais velho durante a gravidez, solicitando seu auxílio para compra de roupas, brinquedos, móveis etc., mas lembre-se de não focar a gravidez em exagero, até porque nove meses de gravidez para uma criança é um tempo interminável. Não se indica fazer mudanças no estilo de vida da criança mais velha, como tirá-la do berço, tirar as fraldas, bicos ou mamadeiras, próximo da chegada do novo irmão.

Explique a gravidez com o auxílio de livros com gravuras. Incentive o filho mais velho a ter mais atividades somente com o pai. Na hora do nascimento do bebê vale a pena ter um presente “trazido” pelo irmão mais novo.

Chegando em casa, tente aproveitar os momentos em que o bebê estiver dormindo para dar atenção ao filho mais velho e procure

envolvê-lo em alguns cuidados com o bebê, mas sem forçá-lo. Muitas crianças reagem com ciúmes, agressividade e regressão, pois se sentem inseguras e carentes. Saber que isso é normal, ter paciência, dar atenção e carinho e reforçar o lado positivo de ser o filho mais velho ajuda a passar por essa fase mais facilmente.

## NUTRIÇÃO DO BEBÊ

*Pais que se alimentam de forma saudável costumam despertar comportamento semelhante nos filhos.*

Após o sexto mês é necessário complementar o leite materno com outros alimentos, introduzindo-os de forma lenta e gradual. A partir dessa fase o aporte nutricional disponibilizado somente por meio do leite materno mostra-se insuficiente para fornecer todos os nutrientes de que a criança precisa.

A partir desse período a criança já apresenta maturidade fisiológica e neurológica para receber outros alimentos. O reflexo de protrusão da língua do bebê diminui, facilitando a ingestão de alimentos semissólidos.

Vale ressaltar que, após a introdução de outros alimentos, além do leite materno é preciso oferecer água nos intervalos (tratada, filtrada e fervida), por meio de copo ou colher. No início a criança possivelmente vai recusar as primeiras ofertas do alimento, uma vez que será uma experiência totalmente nova em relação a textura, sabor, odor e também ao novo elemento: a colher. É importante ter paciência e persistência, pois algumas crianças precisam provar de oito a dez vezes o mesmo alimento para que seja aceito.

De modo a facilitar o entendimento quanto à oferta da alimentação complementar, segue a tabela 1, que propõe esquema para a introdução dos alimentos complementares.

**Tabela 1** – Esquema para introdução dos alimentos complementares

<b>Idade</b>	<b>Tipo de alimento</b>
Até completar 6 meses	Aleitamento materno exclusivo
Ao completar 6 meses	Leite materno livre demanda. Tirar a mamada próxima do almoço e introduzir papinha salgada
Ao completar 7 meses	Leite materno livre demanda. Continuar dando papinha salgada no almoço e introduzi-la também no jantar, no lugar da mamada desse horário
Ao completar 8 meses	Gradativamente passar para a alimentação da família + leite materno
Ao completar 12 meses	Comida da família + leite materno

A papa de fruta pode ser oferecida a partir do sexto mês como sobremesa ou no meio da manhã e meio da tarde.

### ■ Papa salgada

Deve apresentar os seguintes grupos alimentares: cereais ou tubérculos, legumes e verduras, proteína de origem animal e leguminosas. Os alimentos devem ser bem amassados e oferecidos preferencialmente separados, para que a criança se familiarize ao sabor, à textura e ao odor de cada alimento.

### ■ Frutas

Dar preferência à oferta *in natura* e sem adição de açúcar. Oferecê-las raspadas ou bem amassadas com o garfo. Evitar a oferta de suco, pois este apresenta menor densidade energética e nutricional se comparado à fruta em pedaços.

### ■ Água

Após a inserção dos novos alimentos, é preciso introduzir água na dieta do bebê.



## ■ Sal

Para preparar os alimentos, recomenda-se não utilizar sal.

## ■ Grupos alimentares

A tabela 2 a seguir informa os grupos alimentares e os principais alimentos relacionados por categoria.

**Tabela 2** – Grupos alimentares

<b>Grupos</b>	<b>Alimentos</b>
Cereais, tubérculos	Arroz, aipim, batata-doce, batata, cará, batata-baroa, inhame
Leguminosas	Feijão, lentilha, ervilha seca e grão-de-bico
Legumes, verduras e frutas	Folhas verdes, laranja, abóbora, banana, beterraba, abacate, mamão, pera, maçã, cenoura, melancia, tomate, manga etc.
Carnes ou ovo	Frango, peixe, pato, boi, ovo

## ■ Consistência

A alimentação deve ser espessa desde o início, na forma pastosa, pois oferece maior concentração, energia e nutrientes. Gradativamente, deve-se aumentar a consistência até a textura da alimentação da família. É contraindicado o uso de peneira e liquidificador, pois há mistura de sabores e redução de fibras essenciais ao bom funcionamento intestinal.

## ■ Quantidade de alimentos

Quem determina a quantidade de alimento a ser consumida é a criança, cujo reflexo de saciedade está bem estabelecido quando ela teve acesso ao aleitamento materno. A oferta de alimentos em quantidade além do necessário está associada a alterações de peso e aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis na infância e na vida adulta, tais como hipertensão, diabetes, excesso de colesterol, entre outras.

Para a compreensão quanto à evolução da quantidade e consistência da alimentação da criança, conforme a faixa etária, segue tabela 3:

**Tabela 3** – Evolução da quantidade e consistência da alimentação da criança, conforme a faixa etária

<b>Idade</b>	<b>Textura</b>	<b>Quantidade</b>
A partir de 6 meses	Alimentos bem amassados	Iniciar com 2 a 3 colheres de sopa e aumentar a quantidade conforme aceitação
A partir dos 7 meses	Alimentos bem amassados	2/3 de uma xícara ou tigela de 250 ml
9 a 11 meses	Alimentos bem cortados ou levemente amassados	3/4 de uma xícara ou tigela de 250 ml
12 a 24 meses	Alimentos bem cortados ou levemente amassados	Uma xícara ou tigela de 250 ml

### ■ Preferências alimentares

Os alimentos do grupo dos vegetais podem, a princípio, ser menos aceitos se comparados às frutas, pois normalmente há preferência por alimentos com sabor adocicado. A desistência de oferecer os alimentos quando não há aceitação nas primeiras vezes, substituindo a refeição por bebidas lácteas, pode causar anemia e excesso de peso.

Cabe à família o papel fundamental de estimular o consumo de alimentos variados e saudáveis. A criança somente terá vontade e iniciativa de experimentar os alimentos caso eles estejam disponíveis e sejam consumidos pelas pessoas que a cercam.

## ■ Alimentos contraindicados

Existem alguns alimentos que são contraindicados nos primeiros anos de vida, pois o sistema digestivo da criança ainda está em processo de desenvolvimento. Eles irritam a mucosa do estômago, do intestino e das demais estruturas, dificultando a digestão e a absorção dos nutrientes. Seguem alguns exemplos: açúcar, café, enlatados, frituras, condimentos industrializados (por exemplo, caldo de carne), refrigerante, bala, salgadinho e outras guloseimas. O seu consumo frequente causa desinteresse das crianças em relação ao consumo de cereais, verduras e legumes, indispensáveis à saúde.

Cabe informar que a oferta de leite de vaca e derivados no primeiro ano de vida não é aconselhada, pois esses alimentos contêm proteínas de difícil digestão, as quais o organismo do bebê ainda não está preparado para receber. Contraindica-se também o consumo de mel nesse mesmo período, por conta do risco de contaminação com *Clostridium botulinum*.

## ■ Dicas

É importante que a criança receba diferentes alimentos ao longo do dia; quanto mais colorida a refeição, mais variada será a oferta de nutrientes. Destaca-se que a absorção do ferro presente nos vegetais folhosos e no feijão aumenta quando eles são consumidos com algum alimento rico em vitamina C e/ou carnes.

A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança, sendo desencorajadas as práticas de gratificação ou castigos em relação ao consumo de alimentos.

Por comodidade, as papas podem ser guardadas na geladeira por 24 horas, no congelador por 15 dias e no *freezer* por 3 meses.

Por fim, frisa-se que os pais devem ter cuidado com a formação dos hábitos alimentares de seus filhos. A atenção em relação à alimentação não cessa após o primeiro ano de vida, e sim se perpetua ao longo de toda a vida, afinal, somos o que comemos, e nossa saúde atual e futura é fruto do que ingerimos em nosso cotidiano.

## Receitas de papas salgadas

### ■ Papa de cará, quiabo e frango

- 2 colheres de sopa de carne de frango sem pele e picada;
- ½ dente de alho amassado;
- 1 colher de chá de cebola ralada;
- 2 copos médios de água;
- 1 cará médio picado (150 g);
- 1 colher de sopa de quiabo picado;
- 1 colher de sopa de feijão cozido (grão e caldo);
- 1 colher de sobremesa de óleo de soja.

Modo de preparo:

Coloque o frango, o alho e a cebola em uma panela com um pouco da água e deixe cozinhar até que fique bem macio. Acrescente os outros ingredientes, exceto o feijão e o óleo. Deixe cozinhar até que os ingredientes estejam macios e quase sem água. Ponha no prato e adicione o feijão cozido e o óleo. Amasse com um garfo e ofereça à criança.

### ■ Papa de aipim, abobrinha e carne moída

- 2 colheres de sopa de carne de boi moída;
- ½ dente de alho amassado;
- 1 colher de chá de cebola ralada;
- 2 copos médios de água;
- 1 abobrinha pequena;
- 1 folha de couve picada;
- 2 pedaços médios de aipim (mandioca) cozido e picado (140 g);
- 1 colher de sobremesa de óleo de soja.

Modo de preparo:

Em uma panela coloque a carne moída, o alho, a cebola e um pouco da água. Deixe ferver até que a carne fique quase cozida.

Acrescente a abobrinha e o restante da água. Deixe cozinhar até que os ingredientes estejam macios e quase sem água. Adicione a couve picada fino e, quando estiver cozida, acrescente o aipim cozido e o óleo. Amasse com um garfo e ofereça à criança.

#### ■ Papa de mandioquinha, cenoura e frango

- 2 colheres de sopa de frango sem pele e picado;
- ½ dente de alho amassado;
- 1 colher de chá de cebola;
- 2 copos médios de água;
- 2 mandioquinhas médias picadas;
- 2 colheres de sopa de cenoura ralada;
- 2 colheres de sopa de acelga picada;
- 1 colher de sobremesa de óleo de soja.

*Modo de preparo:*

Numa panela ponha o frango, o alho, a cebola e um pouco de água. Deixe cozinhar até que o frango fique quase cozido. Acrescente a mandioquinha, a cenoura e o restante da água. Deixe cozinhar até que os ingredientes estejam macios e quase sem água. Adicione a acelga picada fino e, quando estiver cozida, acrescente o óleo. Amasse com um garfo e ofereça à criança.

#### ■ Sopa de batata, almeirão e peixe

- ½ filé médio de peixe picado;
- ½ dente de alho amassado;
- 1 colher de chá de cebola;
- 1 batata média picada;
- 3 folhas médias de almeirão;
- 1 colher de sopa de tomate picado;
- 2 copos médios de água;
- 1 colher de sopa de óleo de soja.

*Modo de preparo:*

Numa panela ponha todos ingredientes, exceto o óleo. Deixe cozinhar até que estejam macios e quase sem água. Acrescente o óleo. Amasse com um garfo e ofereça à criança.

**Obs.:** Prefira peixes que não têm espinhas. Se não for possível, retire-as com cuidado.

■ **Papa de fubá, escarola e carne**

- 2 colheres de sopa de carne de boi moída;
- ½ dente de alho;
- 1 colher de chá de cebola ralada;
- 3 colheres médias de escarola picada;
- 1 colher de sopa de tomate picado;
- 2 copos médios de água;
- 3 colheres de sopa de fubá;
- 1 colher de sobremesa de óleo de soja.

*Modo de preparo:*

Coloque todos os ingredientes numa panela, exceto o óleo e o fubá. Misture o fubá com um pouco de água, mexa bem e adicione à panela. Deixe cozinhar, sem parar de mexer. Acrescente o óleo, amasse com um garfo e ofereça à criança.

■ **Exemplo de esquema de alimentação para uma criança de 8 meses (850 kcal):**

- ✓ Leite materno: 425 ml/dia;
- ✓ Lanche da manhã: papa de banana (1/2 unidade): 32,2 kcal;
- ✓ Almoço: papa de cará, quiabo e frango (200 g ou 20 colheres de chá): 197,7 kcal; papa de maçã (1/2 unidade): 44,25 kcal;
- ✓ Jantar: papa de aipim, abobrinha e carne moída (200 g ou 20 colheres de chá): 201,66 kcal; papa de pera (1/2 unidade): 41,3 kcal.

## **ALGUMAS SITUAÇÕES QUE AS MAMÃES PODERÃO ENFRENTAR**

### **Leite em quantidade insuficiente**

Em primeiro lugar, é importante saber se a quantidade de leite realmente é insuficiente para o seu filho, percebendo também se a criança fica satisfeita com a quantidade de leite oferecida.

Se seu bebê está urinando e evacuando, então deve estar recebendo leite adequadamente. O ganho de peso constitui o parâmetro mais fidedigno de que a amamentação está suficiente. O choro nem sempre está relacionado à fome.

O leite industrializado dá uma sensação de satisfação maior que a do leite materno, deixando o bebê com uma sensação de plenitude. Isso ocorre porque a digestão desses leites é mais difícil e demorada, enquanto o leite materno é mais fácil de ser digerido e absorvido.

O ganho de peso com o leite materno é melhor e mais rápido. A satisfação causada no bebê pelo leite industrializado dá uma impressão contrária. Com o passar dos meses o bebê dá conta do leite produzido pela mãe e deixa a mama sempre vazia, dando a impressão de que não tem leite. O leite é produzido de um a dois minutos após ser iniciada a mamada, por isso, não se preocupe.

Quando a quantidade de leite é insuficiente, por sua vez, faz-se necessário verificar as possíveis causas para tratá-las, como posição e pega inadequadas, frequência ou duração insuficiente da mamada, utilização de chupetas. Em função disso, se o leite não for suficiente, deve-se aumentar a frequência da amamentação, já que o melhor estímulo para a produção de leite é o ato do bebê de mamar, ou estimular a produção com o uso de uma bomba.

Outros fatores que podem reduzir a produção de leite são ansiedade, estresse, cansaço, tensão pós-parto e dores relacionadas à gravidez e à amamentação, pois fazem com que os hormônios produzidos por essas sensações inibam a descida do leite da mãe.

Calor no seio, aumento do consumo de água e estímulo no bico do seio aumentam a produção de leite. Existem algumas medicações que podem ser utilizadas, converse com seu médico.



## **Ingurgitamento mamário**

Ocorre quando há excesso de leite nas mamas, deixando-as com aspecto “empedrado”. Além de as mamas ficarem cheias de leite e até mesmo “duras”, pode ocorrer também sensação de dor e desconforto.

O ingurgitamento dificulta a amamentação do bebê, uma vez que ele não consegue pegar a mama em virtude de seu aspecto. A mãe precisará, então, retirar com uma bombinha o excesso de leite antes de realizar a amamentação do bebê.

Ficar horas sem dar de mamar contribui muito para o ingurgitamento mamário, assim como beber grandes quantidades de líquido, aplicar calor local, tomar suplementos alimentares e também o fato de o bebê não conseguir extrair todo o leite corretamente.

Para prevenir o ingurgitamento das mamas, aumente a quantidade de vezes que o bebê mama, certificando-se de que ele está esvaziando completamente o seio após cada mamada, evite calor local (água quente) por tempo excessivo nas mamas, esvazie-as com as mãos, evitando bombinha, pois este estímulo no bico também aumenta a produção de leite.

Compressas frias e massagens nas mamas ajudam a reduzir o ingurgitamento. Além disso, o banco de leite está preparado para atender você.

## **Melancolia e depressão pós-parto**

Essa depressão acomete algumas mulheres logo após o parto ou até mesmo um ano depois. Muitos fatores hormonais podem causar alterações no humor durante e após a gravidez.

Outros aspectos também podem ser apontados como possíveis causas da depressão pós-parto, como alterações no corpo causadas pela gravidez e pelo parto, mudanças no trabalho e nas relações sociais, privação de sono, ter menos tempo e liberdade, além das preocupações com a habilidade de ser mãe.

Os principais sintomas da depressão pós-parto incluem falta de apetite, agitação e irritabilidade, sensação de inutilidade e desconexão



social, falta de prazer em todas ou quase todas as atividades, falta de concentração, falta de energia, sentimentos negativos em relação ao bebê, ansiedade considerável, insônia, entre outros.

É necessário consultar um médico especialista, para que se escolha o melhor tipo de tratamento, seja ele farmacológico ou terapêutico, ou ambos. A prevenção, nesses casos, pode ser realizada pelo apoio da família, dos amigos e dos colegas, o que é capaz de ajudar a reduzir a seriedade da depressão pós-parto, mas não evita o problema.

Esse é o momento mais maravilhoso na vida da mulher. Exercitar a maternidade não é fácil, mas deve ser prazeroso.

## **Engravidar novamente**

A espera tem de ser de pelo menos 18 meses; intervalos menores aumentam as chances de parto prematuro, nascimento de bebês com baixo peso ou pequenos demais para a idade gestacional.

A gravidez e o pós-parto debilitam o organismo feminino. Além da falta de nutrientes, como ferro e sais minerais, a mulher tem a musculatura enfraquecida, principalmente se não tiver feito exercícios. Uma gravidez muito próxima da outra pode prejudicar o segundo bebê, que não realizará todo seu potencial de desenvolvimento. Mães que tiveram gêmeos ou passaram por gravidez de risco devem esperar cerca de dois anos.

No caso de uma cesárea os obstetras acreditam que a espera deve ser maior que 12 meses no mínimo para evitar uma possível ruptura uterina. Outra vantagem de esperar 12 meses após a cesariana para engravidar de novo é que isso abre a possibilidade de tentar um parto normal pós-cesárea para o próximo bebê.

No caso de abortos espontâneos simples, no primeiro trimestre, o mínimo que os médicos indicam esperar é o retorno da menstruação normal. Se for a primeira vez que você perdeu um bebê e a gravidez estava bem no comecinho, o mais provável é que não seja necessária nenhuma investigação e que o médico libere você para voltar a tentar depois da primeira menstruação.

Outros profissionais, porém, adotam uma postura mais cautelosa e recomendam esperar pelo menos mais um ciclo menstrual completo, para depois reiniciar as tentativas.

O prazo de espera pode ser maior se o aborto aconteceu quando a gravidez já estava avançada, no segundo trimestre. Se a perda tiver ocorrido por uma causa externa, como uma infecção, você primeiro precisa se curar do problema para depois voltar a engravidar.

E, no caso de gravidez molar, uma complicação mais rara que gera anormalidades nas células que formam a placenta, pode ser necessário esperar até um ano, com exames de dosagem hormonal periódicos.

Lembre-se de que esse intervalo é para o bem do seu próximo bebê, portanto procure segurar a ansiedade. A espera lhe dará tempo para ter certeza de que você já superou a perda, tanto física quanto emocionalmente.

## **ODONTOLOGIA PARA BEBÊS**

O leite materno é o alimento mais importante para o desenvolvimento saudável do bebê e o mais completo que se pode oferecer.

Muitas são as vantagens da amamentação: nutrição, proteção imunológica, vínculo afetivo (mãe e filho), desenvolvimento psicológico e mental, além de promover o desenvolvimento dos ossos e músculos da face (língua, lábios e bochecha).

O bebê também aprende a respirar e deglutir corretamente, o que promove uma boa formação da face e da arcada dentária.

O leite materno possui os nutrientes necessários para o crescimento do bebê até o sexto mês de vida. À medida que vai se desenvolvendo, o bebê ganha peso; assim, ao aparecerem os dentinhos, novos alimentos podem e devem ser incluídos na sua dieta.

## Aleitamento artificial

O uso da mamadeira só deve ser adotado quando não houver possibilidade de realizar o aleitamento materno. Quando a criança é amamentada no peito até o sexto mês, não se deve utilizar mamadeira. Caso seja realmente necessário usá-la, é preciso tomar alguns cuidados: o bico da mamadeira deve ser anatômico (ortodôntico) e de silicone; o orifício do bico deve ser pequeno e voltado para a parte superior da boca.

Deve-se desestimular o uso da mamadeira a partir do sexto mês, quando o bebê já poderá passar para o copo de treinamento e colheres.

### ■ A mamadeira noturna

É muito comum a criança se alimentar por intermédio da mamadeira antes de dormir. O leite não deve ser adoçado nem engrossado com amido de milho ou similares. Isso favorece a proliferação de bactérias, liberando ácidos que corroem os dentes e geram cárie.

Deve-se sempre efetuar a higiene bucal antes de a criança adormecer.

## Dieta do bebê

Aproximadamente aos 6 meses de vida se inicia a complementação alimentar. Deve-se estimular a mastigação, e os alimentos têm de ser oferecidos com a colher.

No início do desmame os alimentos precisam ser amassados, depois oferecidos em grãos ou pedaços. A consistência dos alimentos é importante para a mastigação, que evolui gradativamente.

A prevenção à cárie é de extrema importância; assim, é necessário evitar o açúcar na alimentação do bebê. A criança não conhece o sabor do açúcar, portanto não sentirá sua falta, apreciando o sabor natural dos alimentos.

## **Erupção dentária: o nascimento dos dentinhos**

Aos 6 meses geralmente se inicia a erupção dos dentes decíduos (de leite). Até 3 anos a criança já tem todos os 20 dentes “de leite” na boca.

Com o aparecimento dos primeiros dentinhos, é hora de visitar o odontopediatra. Nessa primeira visita é importante a presença dos pais, que receberão várias orientações, como: causas e formas de transmissão da cárie, maneiras corretas de higienização, hábitos de sucção. Também serão dadas indicações sobre o acompanhamento periódico.

## **Crescimento e desenvolvimento craniofacial**

As crianças acompanhadas por um especialista em Odontopediatria antes do primeiro ano de vida desfrutam da oportunidade de monitorar o processo de crescimento e desenvolvimento craniofacial para identificar alterações e tentar corrigi-las o mais brevemente possível, evitando o agravamento do quadro sem necessidade. A antiga crença de esperar a vinda de todos os dentes permanentes para pensar em iniciar a correção está completamente equivocada.

Durante a primeira infância, uma outra especialidade odontológica, a Ortopedia Funcional dos Maxilares, conta com uma série de recursos que atuam sobre as bases ósseas, tais como pequenos desgastes dentários, preenchimentos dentários com resina composta e aparelhos móveis. Na pré-adolescência, uma terceira especialidade, a Ortodontia, completa o trabalho com o uso de aparelhos fixos que corrigem o posicionamento dentário.

## CONVERSA COM O OFTALMOLOGISTA

*Prevenir é o melhor remédio!*

### Antes do nascimento

Vacine-se contra a rubéola. Antes de engravidar, comunique seu médico se existem doenças genéticas na família que envolvam os olhos e sobre o uso de medicações. E, antes do parto, informe sobre corrimentos ou feridas genitais.

### Após o nascimento

Certifique-se de que foi pingado colírio de nitrato de prata ou similar no bebê, já na maternidade (na sala de parto), e de que o primeiro exame (do olhinho) seja realizado nos primeiros 15 dias de vida. Este pode ser feito pelo pediatra.

Leve o bebê pelo menos uma vez ao oftalmologista antes de 6 meses e outra vez entre 2,5 e 4 anos. Hoje a orientação mais recente sugere consultas mais frequentes.

Corte as unhas do bebê e tome cuidado com objetos pontiagudos, cortantes ou quentes, para evitar acidentes. Quando for testar a visão do bebê em casa, examine sempre um olho de cada vez.

O desenvolvimento visual na infância pode sofrer diversas interferências de patologias oculares cujo diagnóstico muitas vezes é difícil, pois necessita da atenção de pais, parentes e professores, já que raramente a criança se queixa de alguma dificuldade. O desenvolvimento da visão dá-se desde a vida intrauterina até aproximadamente os 7 anos de idade, e em muitos casos doenças diversas podem e devem ser diagnosticadas e tratadas antes desse período.

### Prevenção

Enquanto novos casos de doenças são detectados no Brasil, as chamadas doenças “tradicionais”, mesmo com a diminuição gradativa,

ainda geram grande preocupação. É o caso das doenças infecciosas e parasitárias que frequentemente ocasionam algum comprometimento oftalmológico.

A toxoplasmose é a mais importante doença associada a complicações oculares em todo o mundo, mas outras como o herpes e a sífilis devem ser consideradas. A rubéola e a toxoplasmose adquiridas pela mãe durante a gravidez, se não controladas, podem levar à catarata congênita e a lesões irreversíveis na retina. Mães com lesão de herpes vaginal têm indicação de cesárea, para evitar a contaminação no canal do parto.

No Brasil, a rubéola é a maior responsável por casos de cegueira em recém-nascidos. A vacinação é a medida preventiva contra o surgimento dessa doença, principalmente durante a gravidez.

A oftalmia neonatal (gonocócica) causada pelo gonococo é rotineiramente prevenida pela instilação profilática de nitrato de prata 1% nos olhos da criança ou pela aplicação de pomada oftálmica própria. A conjuntivite gonocócica é uma infecção ocular, e os bebês recém-nascidos podem adquiri-la através do canal do parto. Trata-se de uma doença ocular muito contagiosa. Os sinais e sintomas são vermelhidão e inchaço (o olho pode ficar fechado), com uma secreção purulenta.

## Problemas comuns

### ■ Conjuntivite

Trata-se da doença ocular mais frequente, podendo ter como causas: as simples irritações por poluentes do ar; a toxicidade por medicações tóxicas; as alergias; as infecções bacterianas, virais, micóticas e parasitárias; as queimaduras; o comprometimento por doenças sistêmicas. O quadro clínico, seja agudo ou crônico, pode incluir hiperemia, queimação, secreção, lacrimejamento, prurido, edema palpebral.

## ■ Estrabismo

A disfunção dos eixos oculares configura o estrabismo. Estima-se que de 3% a 5% das crianças em idade escolar tenham tal problema. Normalmente a reversão do quadro só pode ser feita até os 7 anos. Após essa idade as soluções são apenas estéticas.

## ■ Lacrimejamento

A causa mais comum (principalmente quando ocorre apenas em um olho) é a obstrução das vias lacrimais, geralmente causada pela persistência de uma membrana, entre o canal lacrimal e sua saída para o interior do nariz, que pode ocorrer após o nascimento, ocasionando lacrimejamento e infecções crônicas do canal lacrimal. Caso os sintomas permaneçam após o sexto mês ou 1 ano de vida, uma sondagem dessas vias é indicada; 95% das crianças melhoram no primeiro ano de vida.

## ■ Atenção!

Durante os primeiros anos de vida é muito importante perceber se a criança tem alguns dos sintomas relacionados a seguir, pois podem ser sinal de problemas de visão: ter dor de cabeça ou mal-estar durante ou depois de esforço visual (leitura, aula, assistir TV etc.), franzir a testa ou apertar os olhos para enxergar objetos distantes, ler com os livros ou cadernos muito próximos do rosto, apresentar desinteresse pela aula e pela leitura, assim como dispersão e desatenção.

## Curiosidades

### ■ Meu filho vai usar óculos?

Quando os pais usam óculos com grau alto, há uma tendência maior de os filhos precisarem usá-los desde pequenos. Não se trata de uma regra absoluta, porém recomenda-se aos pais que se enquadram

nesse caso levar seus filhos com 2 anos de idade ao oftalmologista, ou antes, caso percebam alguma anormalidade visual. Pais que não necessitam usar óculos podem ter filhos que apresentem grau elevado.

#### ■ “Isto” ou “aquilo” faz mal para a vista?

O desenvolvimento da visão está relacionado a estímulos visuais; é importante deixar a criança usar a visão para que possa desenvolvê-la. Assim, nenhum esforço visual é prejudicial ao olho; ao contrário, é um exercício para a visão. Tem-se a impressão de que cada vez mais as crianças estão usando óculos, mas na verdade ocorre que hoje o acesso a exames oftalmológicos é muito maior. O número de pessoas que necessitam de óculos é determinado geneticamente e não pela atividade visual delas.

#### ■ Meu bebê recém-nascido tem o olho torto

Até os 6 meses de vida a criança pode apresentar movimentos descoordenados dos olhos ou ficar estrábica por alguns segundos. Porém alterações no paralelismo dos olhos não são normais depois dessa idade, ou se ocorrem constantemente antes dos 6 meses de vida.

#### ■ Teste da fotografia

A mancha vermelha no olho observada nas fotografias é na verdade o reflexo da retina. Esse reflexo é normal e **PRECISA** ter tal coloração. Se for observada alteração no reflexo da retina, deve-se consultar um oftalmologista.

#### ■ Cor dos olhos

De maneira geral a criança tem a cor dos seus olhos definida até o sétimo mês. Antes disso, afirmar que a criança tem olhos azuis, por exemplo, é arriscado.



# CAPÍTULO 3



## PEQUENAS COISAS QUE FAZEM A DIFERENÇA

### DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Após o nascimento, o desenvolvimento do sistema nervoso possibilita à criança a aquisição de novas habilidades de maneira crescente e no momento oportuno. Em virtude da grande plasticidade que esse sistema possui, as intervenções respondem melhor a possíveis alterações. Por isso, é importante que os pais também estejam atentos a qualquer desvio no desenvolvimento normal, para que as intervenções sejam feitas precocemente. Em cada consulta de puericultura há uma avaliação do desenvolvimento do bebê, e a Caderneta da Criança é um instrumento de vigilância desse aspecto, em que os marcos para cada faixa etária são avaliados e classificados em “desenvolvimento normal”, “desenvolvimento normal com fatores de risco”, “alerta para o desenvolvimento” ou “provável atraso no desenvolvimento”.

#### Primeiro mês

Nesse período normalmente observamos na criança reflexos involuntários como sucção e preensão, além do “reflexo de Moro”, que parece um susto do bebê relacionado a movimentos rápidos ou sons bruscos. O recém-nascido fixa objetos próximos e tem maior interesse por cores quentes como laranja e vermelho, mas a definição de cores só acontece mais tarde. Ele já tenta também localizar sons. Procure não embalá-lo para dormir nem pegá-lo no colo na tentativa

de acalmá-lo. Não o coloque para dormir de bruços. Em tal fase a criança ganha em média 700 g/mês.

## **De 1 a 3 meses**

O bebê mantém a cabeça mais firme, sorri e inicia a emissão de sons. Enxerga melhor, segue os movimentos com os olhos e com 3 meses inicia alguma habilidade com as mãos, como segurar objetos ou as próprias mãos. Estas vão à boca com frequência, pois isso gera prazer para o bebê. Tal atitude nem sempre tem relação com a erupção dentária. A criança ganha em média 700 g/mês.

## **De 4 a 6 meses**

Deitado de costas, o bebê levanta a cabeça do berço, segura bem um brinquedo, começa a ficar sentado com apoio, e aumentam os sorrisos e os sons. Mais próximo dos 6 meses, rola ativamente. Leva qualquer objeto à boca. É preciso ficar atento à parada de emissão de sons, que pode sugerir alteração da audição. A criança ganha em média 600 g/mês.

## **De 6 a 9 meses**

A criança inicia o sentar sem apoio, põe com frequência os pés na boca, rola e engatinha ou tenta engatinhar. Segura pequenos objetos com o polegar e o indicador. Consegue pegar dois objetos e inicia encaixes. Vocaliza sílabas, como “mamá”, “dadá”. Imita gestos simples, como dar tchau e bater palminhas. Ganha em média 500 g/mês.

## **De 9 a 12 meses**

O bebê anda apoiado em uma só mão, ou dá passinhos, e alimenta-se com as próprias mãos. Aponta partes do corpo quando

estimulado. É imediatista, explora intensamente o ambiente. É importante estabelecer limites e brincar com o bebê, assim como manter contato físico, dando abraços, beijinhos, carinhos, estímulos. Ganha em média 400 g/mês.

## **De 1 a 2 anos**

A criança anda bem, corre, sobe em móveis, obedece a ordens simples e chuta bola. Identifica várias partes do corpo. Forma frases de duas palavras. Começa a usar a colher, tenta tirar as roupas. Inicia controle esfinteriano, mas não deve ser forçada. Ganha em média de 1,3 a 2,3 kg/ano e cresce de 6 a 7 cm.

## **De 2 a 3 anos**

A criança pedala triciclo, sobe e desce escadas sem usar as mãos, sabe seu nome e seu sexo, já conhece algumas cores. Faz perguntas simples. É brincalhona, cativante e teimosa. Ganha 2 kg/ano e 6 cm.

## **Aos 4 anos**

A criança pula numa perna só. Copia quadrado e outras formas, desenha forma humana com 3 partes. Domina bem o vocabulário. Em casos de erros de linguagem deve ser avaliada para correção, evitando assim dificuldades na socialização e posteriormente na escrita.

## **Aos 5 anos**

Fica na ponta dos pés, pedala bem, veste-se com supervisão, fala bem, dá laço no sapato. Define materiais de que são feitas determinadas coisas.

## AMBIENTE DOMÉSTICO SEGURO

### Acidentes domésticos e como evitá-los

Recém-nascidos são extremamente frágeis e dependentes e estão muito susceptíveis a acidentes, porém frisa-se que a maioria desses acidentes é previsível e pode ser evitada.

#### ■ Quedas e traumas

As principais ocorrências nesse aspecto são queda da cama, da poltrona, do sofá, do trocador, do carrinho e também do colo, especialmente de outras crianças. Para evitar esses tipos de queda os pais devem: habituar-se a colocar o recém-nascido no berço (com grades altas e de no máximo 3 cm entre elas); evitar colocá-lo em sofás, poltronas ou camas de adultos; evitar que crianças peguem o recém-nascido no colo e, se pegarem, mantê-las sob supervisão constante de um adulto; e certificar-se, antes de colocar o recém-nascido no trocador, de que todo o material necessário está disponível e ao alcance, mas não muito próximo do bebê.

#### ■ Queimaduras

Queimaduras podem ser causadas por: água do banho muito quente; líquidos muito quentes dados ao bebê; cigarros; líquidos quentes que podem cair acidentalmente no bebê enquanto adultos preparam refeições. Para evitar esses tipos de queimadura, a mãe deve sempre conferir a temperatura antes de oferecer um líquido quente ao bebê e, ao dar banho, preparar a água colocando primeiro a água fria e depois completar com água quente (lembre-se de que o bebê não pode estar no colo da mãe nesse momento), testando sempre a temperatura com a parte interna do braço antes de pôr o recém-nascido na banheira. É importante estar sempre atenta para que o bebê não escorregue durante o banho. O ideal é que a água cubra até o umbigo do bebê.

## ■ Sufocamento, asfixia e aspiração

Situações que podem causar sufocamento no recém-nascido são: dormir de barriga para baixo; enrolar cordão ou prendedor de chupeta em volta do pescoço; aspirar objetos pequenos; encaixar a cabeça no espaço entre o colchão e o berço quando o colchão é de tamanho incorreto. Para evitar tais ocorrências, é preciso manter objetos pequenos (menores que a boca) longe do alcance do bebê, verificar se o colchão está corretamente ajustado ao berço, não deixar objetos soltos dentro do berço, como travesseiros, fraldas e brinquedos, e não utilizar cordão ou prendedor de chupeta em volta do pescoço do bebê.

## ■ Alergia a picadas de insetos

Picadas de insetos são muito comuns em crianças, especialmente na primavera e no verão. Por isso, é importante ficar atento; apesar de geralmente não provocarem problemas graves, a coceira no local da picada pode causar incômodo. Para evitar que ocorra a picada, podem-se instalar telas em portas e janelas, colocar mosquiteiros sobre o berço do bebê e manter os animais domésticos sempre livres de pulgas. O uso de repelentes deve ser recomendado pelo pediatra.

## ■ Afogamento

É extremamente importante nunca deixar uma criança sozinha perto de locais onde há água e em que ela possa ficar submersa, o que vale também para bebês recém-nascidos. Situações de afogamento de bebês geralmente ocorrem durante o banho, quando a pessoa que está dando o banho se vira para pegar uma toalha ou para atender o telefone. Se o bebê ficar sem receber oxigênio por alguns minutos, danos irreversíveis podem ser causados ao cérebro. Para evitar casos de afogamento, um adulto precisa estar próximo e atento, sobretudo ao dar banho no bebê.

## ■ Intoxicação

Intoxicações podem ser causadas por administração de medicamentos sem a prescrição do pediatra, utilização de dose incorreta do medicamento e contato com substâncias tóxicas. Por isso é muito importante não dar medicamentos para o bebê sem a autorização do médico e, ao administrá-lo, é preciso medir cuidadosamente a dose. A naftalina também é uma substância tóxica, por isso não se deve colocá-la no armário ou na roupa do recém-nascido.

## ■ Andadores

Apesar de ser prática corriqueira na conduta dos pais a fim de acelerar a aquisição da marcha dos filhos, o uso de andadores não deve ser adotado, visto que há falta de evidências de qualquer benefício associado a eles. Além disso, a obtenção da habilidade de andar é inerente a cada criança (que possui um ritmo próprio), e os andadores oferecem potenciais riscos relacionados à segurança dela, tais como queimaduras, intoxicações, afogamentos e traumatismos cranianos potencialmente fatais causados pelas quedas ou de alguma forma relacionados com o uso de tal objeto. Por isso muitas entidades voltadas para a atenção à saúde da criança têm recomendado a proibição da sua produção e venda, assim como foi estabelecido no Canadá, com multa prevista para os infratores.

## ■ Outras recomendações

Não deixe animais domésticos perto do bebê, pode ser muito perigoso. Jamais fume perto da criança. Não durma na mesma cama que o bebê. Ao adquirir um termômetro, escolha o digital, pois o termômetro de mercúrio pode se quebrar facilmente, e o mercúrio é tóxico. Não utilize talco no bebê, pois este pode aspirá-lo. Ao escolher a mobília e os equipamentos da criança, atentar para que estejam de acordo com as diretrizes da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e sejam regulamentados pelo Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Inmetro).

## O CHORO

O choro, a principal forma de comunicação do recém-nascido, pode ser causado por diversos estímulos fisiológicos ou ambientais. Alguns deles são: sede, fome, frio, calor, necessidade de atenção e de carinho e muitos outros incômodos, como a cólica (o principal motivo do choro). A mãe deve procurar entender o que o bebê está tentando dizer com o choro para melhor se relacionar com ele. Pode parecer difícil no começo, mas, com o passar do tempo e com a construção do vínculo mãe-bebê, entendê-lo fica mais fácil.

## PADRÕES DE SONO

Os recém-nascidos dormem praticamente o dia todo (de 16 a 20 horas por dia), acordando apenas por fome ou algum desconforto. Nessa fase da vida, o ciclo de sono e vigília (espaço de tempo em que o recém-nascido dorme ou fica acordado) é regulado pela sensação de fome e saciedade, e não pelo ritmo circadiano (presença do dia e da noite). Isso faz com que, nas primeiras semanas, a sensação de fome se manifeste a intervalos irregulares, inclusive durante a madrugada. Assim, é normal que o recém-nascido tenha mamadas frequentes, que ao longo do tempo vão se tornar mais espaçadas, proporcionando intervalos maiores e mais regulares entre elas (dispensando até mesmo a mamada da madrugada).

O bebê possui dois estados de sono: o ativo e o tranquilo. No ativo, realiza movimentos corporais, apesar de estar dormindo. Já no sono tranquilo fica em repouso total. Há também o estado de sonolência, assim que o bebê desperta ou inicia o sono.

A vigília, por sua vez, divide-se em três estados. No primeiro ocorre a vigília tranquila, em que o bebê está alerta, porém relativamente inativo; no segundo estado, que é a vigília ativa, realiza movimentos frequentes de membros, tronco e cabeça, mantendo os olhos abertos e em movimento, podendo ocorrer vocalização. Já no

terceiro estado, o do choro, há movimentação vigorosa, olhos abertos ou fortemente fechados.

Na primeira hora após o nascimento o bebê está bem alerta. Depois, o estado de vigília ativa dura apenas 2 a 4 horas por dia. Os estados de sono ativo ou tranquilo correspondem a 20 horas. Com o amadurecimento neurológico o período de sono vai sendo reduzido, chegando a cerca de 16 horas ao final do primeiro mês de vida. É interessante observar o comportamento do bebê para conciliar as atividades. Deve-se seguir o ritmo do bebê no que diz respeito à amamentação e à realização de banhos, troca de fraldas e de curativo umbilical no período de vigília.

## **Colocando o bebê para dormir**

Colocar o bebê para dormir parece ser uma atividade muito simples, porém requer muitos cuidados por parte dos pais para evitar acidentes e especialmente a síndrome da morte súbita do lactente. As posições de bruços e de lado (por conta da frequência com que o bebê rola para a posição de bruços) representam risco duas vezes maior de morte súbita quando comparadas com a posição supina (de barriga para cima). Portanto, a posição ideal para o recém-nascido dormir é de barriga para cima, se não estiver apresentando regurgitações e vômitos. Em casos assim, adota-se a posição de lado, sempre escorando a criança com um travesseiro para que não vire de barriga para baixo. O compartilhamento da cama dos pais com a criança e a presença de almofadas, edredons e protetores macios no berço do bebê também estão associados a maior risco de óbito. Por isso, prender o lençol ou o cobertor ao redor do colchão é essencial para evitar que o rosto do bebê fique coberto. Também é importante observar o bebê algumas vezes durante o sono, para certificar-se de que ele está bem e na posição adequada.

Quanto ao berço, deve obedecer às normas técnicas da ABNT e do Inmetro. As grades e traves devem ser arredondadas, e a altura lateral, medida a partir da parte superior do colchão, deve ter no mínimo 60 cm. O colchão deve ser de espuma, não plastificado, plano, não depressível e totalmente adaptável ao berço. Não se deve



deixar objetos (como almofadas ou travesseiros) soltos no berço, pelo risco de sufocação e asfixia.

## **ACOMPANHAMENTO PEDIÁTRICO – CONSULTAS**

A Sociedade Brasileira de Pediatria e o Ministério da Saúde preconizam, no mínimo, sete consultas de puericultura no primeiro ano de vida, sendo assim distribuídas: primeira semana de vida, 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses e 12 meses. Este é um conjunto mínimo de consultas, devendo-se, sempre que possível, avaliar mensalmente o lactente, principalmente quando houver fatores de risco presentes.

### **Consulta do quinto dia**

A primeira consulta do bebê com o pediatra, após a alta hospitalar, ocorre no quinto dia. Nessa consulta (assim como nas próximas), é importante levar a caderneta de saúde da criança. Além disso, os pais devem aproveitar esse momento para esclarecer dúvidas que tenham surgido e obter informações a respeito de dificuldades sentidas, como em relação aos cuidados com o coto umbilical, o banho, a identificação dos motivos de choro do bebê, a amamentação e a eliminação de fezes e urina. É também realizado um novo exame físico, em que o pediatra verifica:

- ✓ o peso do bebê para monitorar se o crescimento está adequado. Normalmente o bebê perde 10% do peso até o quinto dia de vida, o que é absolutamente normal e não está relacionado com leite fraco ou quantidade insuficiente. Após essa perda inicial, o ganho de peso nos primeiros três meses de vida passa a ser em torno de 20 a 30 g por dia;
- ✓ o comprimento e o perímetro cefálico do bebê (circunferência da cabeça), pois isso também avalia se o crescimento do bebê está

adequado. Quanto ao crescimento, no primeiro mês é bastante variável (em média 3 cm). Já o perímetro cefálico tem um crescimento em torno de 2 cm;

- ✓ o desenvolvimento de habilidades normalmente presentes na faixa etária em que se encontra (o reflexo de preensão palmar, que é quando o bebê consegue agarrar o que é colocado em sua mão, e o reflexo de fuga à asfixia, quando, ao ser posto de bruços, o bebê levanta a cabeça momentaneamente acima da superfície);
- ✓ se há icterícia. Caso tenha, o pediatra vai fornecer orientações sobre as medidas a serem tomadas;
- ✓ características das fezes e da urina;
- ✓ resultados dos testes de triagem já disponíveis e indicação dos que ainda não foram realizados;
- ✓ imunizações necessárias para a idade, no caso a vacina contra a hepatite B e a BCG (cuja primeira dose é dada ao nascer, e a segunda, no fim do primeiro mês).

## **CUIDANDO DO SEU BEBÊ**

### **Banho, higiene e relaxamento**

#### **■ O banho**

O banho é um momento muito importante, por isso tem de ser bem preparado. Deve-se ter cuidado com a temperatura da água, pois se estiver muito quente pode causar queimaduras no bebê. Assim, antes de colocar o bebê na banheira, ponha o seu antebraço na água, para verificar a temperatura. Ela precisa ficar em torno de 36-37°C, e a água não precisa ser fervida.

A escolha do sabonete também requer cuidado, porque alguns podem causar reações alérgicas ou irritações no bebê, sendo então

essencial o uso de sabonete líquido neutro e apropriado para a pele do bebê.

Quando a criança estiver na água, é muito importante que sua cabeça sempre fique levantada, para que não beba água. A limpeza deve ser iniciada pela face, e na sequência cabeça, tronco e o resto do corpo, deixando os genitais e o bumbum por último, a fim de evitar possíveis contaminações.

O coto umbilical pode ser lavado normalmente e, após o banho, precisa ser limpo com álcool 70%.

Quanto ao horário do banho, aconselha-se que este seja dado no período da manhã e/ou no começo da tarde, com vistas a evitar as horas mais frias do dia. Ele tem de ser adaptado à rotina da casa e aos padrões do bebê. Quando a criança relaxa com o banho, deve ser dado ao anoitecer para favorecer o sono. Se o bebê se torna desperto, sugere-se o banho pela manhã.

Mais de um banho pode ser dado no dia, principalmente em épocas mais quentes, quando o bebê está com brotoejas (bolinhas vermelhas na área do tórax e do pescoço) ou irritado pelo calor. Caso seja necessário mais do que dois banhos, não use sabonete, para prevenir o ressecamento da pele. O ambiente deve estar agradável, e os materiais têm de ser separados previamente.

Após o banho seque o bebê com delicadeza. Seque as orelhas sem introduzir cotonetes no conduto auditivo. Enxugue bem as dobrinhas para evitar assaduras. Esponjas ásperas, perfumes, talcos ou colônias devem ser evitados, pois podem agredir a pele do bebê.

## ■ As roupas

Ao vestir o bebê, escolha roupas confortáveis, de tecido leve, como algodão, sem muitos enfeites, fáceis de trocar e adequadas para a estação. Evite o uso demorado de roupas. A quantidade excessiva é detectada pelo surgimento de brotoejas, que são associadas ao suor.

## ■ Limpeza do coto umbilical

O coto umbilical é a pequena porção do cordão umbilical (2-3 cm) que ainda permanece no bebê. Inicialmente é esbranquiçado, úmido e gelatinoso. Nos dias seguintes torna-se seco, escuro e mumificado. A queda geralmente ocorre entre o quarto e o décimo dia, podendo ultrapassar, em alguns casos, 30 dias, sem que isso necessite de nenhuma intervenção. Quando o coto está por cair pode haver um pequeno sangramento, que é normal.

O coto deve ser limpo após cada banho e a cada troca de fraldas se houver secreção ou contato com as fezes ou a urina. Para a limpeza, faça movimentos circulares, inicialmente na base e depois no restante. Para isso, devem ser utilizadas gaze ou hastes flexíveis com ponta de algodão (Cotonete®) embebidas em álcool 70%.

Não utilizar faixas, curativos oclusivos ou qualquer outro produto sobre o coto. Ressalta-se que o bebê não sente dor, pois o coto não possui inervação. O pediatra precisa ser consultado se houver vermelhidão na pele ao redor do coto, secreção com mau cheiro ou pus.

O aspecto final do umbigo depende exclusivamente da genética do bebê (casos de umbigo cutâneo, hérnia umbilical) e da higiene feita. Casos de hérnia umbilical podem ocorrer, mas não devem gerar preocupações, pois são indolores e tendem a fechar na maioria das vezes até 2 anos nas hérnias pequenas ou até 5 anos nas hérnias maiores.

## ■ Troca de fraldas

A troca da fralda deve ser realizada sempre que o bebê estiver com a fralda suja de fezes ou urina. É muito importante que o bebê não fique muito tempo com a fralda suja, pois isso pode causar assaduras. Para limpar o bebê é ideal usar algodão umedecido em água morna, sempre no sentido da frente para trás (para evitar contaminação da uretra, por onde sai a urina). Cuide com a higiene principalmente das meninas, para evitar contaminação da vagina com

fezes. Nos meninos, limpe bem a região embaixo do saquinho. Seque bem a área e aplique pomada para evitar assaduras (à base de óxido de zinco, pois diminui a chance de irritação).

Lenços umedecidos podem ser utilizados, porém recomenda-se que o uso seja esporádico, somente em caso de necessidade, por exemplo quando não estiver em casa, pois eles podem agredir a pele do bebê.

Ao escolher o tipo de fralda, as descartáveis são mais indicadas que as de pano, porque são confeccionadas com materiais absorventes, o que diminui o contato da urina e das fezes com a pele, minimizando a frequência e a intensidade das assaduras. Caso a mãe opte por fraldas de pano, recomenda-se lavá-las bem com sabão de coco, enxaguar bem e não utilizar amaciante.

## ■ Higiene bucal

Mesmo que o bebê ainda não tenha dentes, a higiene bucal deve ser realizada passando-se uma gaze ou fralda molhada em água filtrada na gengiva do bebê após cada mamada noturna.

O uso de bicos e chupetas, apesar de amplamente difundido e culturalmente aceito, é desnecessário e pode ser prejudicial ao bebê. Entre os efeitos estão deformidades no céu da boca, menor tempo de aleitamento materno, aumento na incidência de infecções de ouvido e de outras infecções respiratórias, além de problemas futuros com a fala (atraso ou dificuldade). Caso os pais ofereçam ao bebê, devem saber a hora de retirar.

Os dentes de leite, 20 no total, possuem a primeira erupção por volta dos 6 meses e se completam entre 24 e 30 meses. Quando as erupções se iniciam, a gengiva costuma ficar inchada, e com isso surgem diversos eventos como irritabilidade, dificuldade de alimentação, sono agitado, diarreia e febre. Após o surgimento dos dentes molares, pode ser utilizada uma escova macia para higiene após as refeições. Creme dental com flúor não deve ser utilizado até que a criança aprenda a cuspir, o que ocorre a partir dos 3 ou

4 anos. A primeira consulta com o dentista é recomendada a partir da erupção do primeiro dente de leite.

### ■ Higiene nasal

A respiração dos bebês acontece basicamente pelo nariz. A obstrução nasal pode levar a dificuldades para respirar e mamar. A limpeza de secreções das narinas pode ser feita com soro fisiológico, cotonete e, eventualmente, aspirador nasal.

## Urina, evacuações e secreções vaginais

### ■ Evacuações

As primeiras evacuações são escuras (mecônio, normalmente expelido nas primeiras horas após o nascimento). Em torno do quarto ou quinto dia de vida, com a amamentação, as fezes passam por uma transição. Nessa fase tornam-se líquidas e de coloração amarelada ou castanho-esverdeada. A frequência é muito variável (cinco a oito vezes por dia, ou até uma vez a cada cinco ou sete dias). A consistência também varia entre pastosa e líquida.

### ■ Urina

Nos primeiros dias pode haver uma coloração mais rosada na fralda (em virtude dos cristais de urato em abundância), depois a urina se torna clara e o volume aumenta, principalmente quando o bebê está em aleitamento materno exclusivo, pois está sendo bem hidratado.

### ■ Secreção vaginal

Algumas meninas podem apresentar uma secreção esbranquiçada ou ligeiramente sanguinolenta. Isso se deve à passagem de hormônios

maternos para a criança durante a gestação, o que é normal. Deve-se fazer limpeza delicada na região.

## **Passeios**

### **■ Banho de sol**

Pode ser dado desde a alta na maternidade e tem a função de produzir vitamina D, essencial à formação óssea. Deve durar de 5 a 10 minutos no corpo todo ou 30 minutos apenas nos braços e nas pernas. A exposição deve ser direta (sem interposição de vidros e janelas). Não aplique filtro solar, pois o bebê não possui capacidade de metabolizar as substâncias químicas contidas no produto. O horário ideal para banho de sol é entre 7 e 10 horas da manhã. O período entre 11 e 15 horas deve ser evitado, pois o sol é mais prejudicial à saúde. Ressalta-se que o bebê, sobretudo nas quatro primeiras semanas de vida, está se adaptando à vida extrauterina, e para isso lhe deve ser proporcionado um ambiente calmo e seguro. Assim, atentar para o uso de roupas adequadas, levando-se em consideração a temperatura e o ambiente de exposição.

### **■ Repelentes**

A maioria dos repelentes possui uma substância denominada dietiltoluamida (DEET) na composição, que superior a 10% é contraindicada, e em concentrações menores que 10% pode ser utilizada a partir dos 2 anos de idade.

Na faixa etária de 6 meses a 2 anos o IR3535 pode ser utilizado; ele está presente na loção antimosquito da Johnson&Johnson. Óleos naturais têm curta duração de ação, sendo pouco efetivos. Os repelentes eletrônicos têm baixa efetividade e podem desencadear alergia em crianças.

Devem-se utilizar medidas mecânicas para conferir proteção ao bebê, como telas nas janelas e roupas claras e que aumentem a proteção da pele.

## ■ Transporte seguro em automóveis

Recém-nascidos devem ser transportados no carro em assentos de segurança próprios para crianças. Trata-se de um recurso de extrema importância para a proteção do bebê, pois, se houver alguma colisão e o bebê não estiver utilizando o assento infantil, ele pode ser projetado para a frente e chocar-se contra o painel ou outra estrutura do carro. Ao transportar prematuros, outros cuidados ainda devem ser tomados, porque o recém-nascido prematuro ainda é muito pequeno, e ao ser colocado no assento infantil há risco de ele apresentar dificuldades respiratórias. Por isso, antes da alta hospitalar, ainda na Unidade Neonatal, o bebê prematuro deve ser colocado no assento que utilizará para o transporte e ser monitorado.



# CAPÍTULO 4

## SITUAÇÕES ESPECIAIS: PRÉ, PERI E PÓS-NATAL

### DOENÇAS DURANTE A GESTAÇÃO

#### Restrição de medicamentos

Um bebê foi formado. Na hora do parto, quando do choro do bebê, a primeira pergunta feita ao médico é “Ele está bem?”. A mãe quer saber se seu filho é “perfeito”, se tem todos os dedos, como é seu lábio, enfim, perguntas que criam uma aflição, uma angústia na mãe, até ouvir aquele choro e ver o olhar do doutor. A segunda pergunta, quando ainda não se sabe (ou quando se sabe, só para garantir mesmo), é a do sexo do recém-nascido.

Um dos medos de todas as mães diz respeito às malformações. Pesquisas demonstraram que 10% das malformações têm fatores ambientais envolvidos – tais como irradiações, doenças da mãe e o fator de maior número, representando 50% dentro dessa classe: drogas e agentes químicos.

Nos países desenvolvidos, 85% das mulheres recebem medicação durante o pré-natal; destas, 65% praticam a automedicação. Desse modo, **apenas tome remédios com a orientação e prescrição de seu médico!** No pré, peri e pós-natal!

Alguns medicamentos são seguros e podem, sim, ser tomados pelas gestantes. Para tal, vá ao médico e converse com ele sobre o medicamento que você poderá usar.

## GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

### Hiperêmese gravídica

Hiperêmese gravídica é conceituada como náuseas e vômitos diários com perda de peso maior que 5% do peso pré-gestacional, levando a distúrbios nutricionais e hidroeletrolíticos.

Diferentemente da êmese gravídica, que são vômitos que ocorrem durante a gestação e são causados por alterações hormonais fisiológicas da gravidez, a hiperêmese gravídica acontece durante o primeiro trimestre e é provocada principalmente pelo aumento do hormônio beta-HCG, produzido pela placenta durante esse período da gestação.

Assim, tal doença está associada com maior frequência a mulheres grávidas de gêmeos, doença trofoblástica gestacional, anomalias fetais, mulheres com história prévia de náuseas com o uso de anticoncepcionais, história de náuseas durante viagens, mulheres que tenham cefaleia do tipo migrânea (enxaqueca), feto do sexo feminino e mulheres com história familiar de hiperêmese gravídica.

Diante desse quadro, existem alguns cuidados gerais a serem seguidos, como: evitar estômago vazio, ter uma dieta fracionada com alimentos ricos em carboidratos e poucos lipídios, além de aumentar a ingestão de líquidos gelados. Ressalta-se a importância de um suporte psicológico para essas mães, com consultas psiquiátricas ou uso de antidepressivos, pois podem estar sofrendo algum distúrbio psicológico durante esse momento.

Perante os sintomas citados anteriormente, é essencial procurar o seu médico a fim de que se faça o tratamento adequado e não haja desfechos negativos para a mãe e para o feto.

A internação hospitalar geralmente é necessária, mas raros são os casos em que não há melhora.

## Prematuridade

Considera-se um bebê prematuro ou pré-termo todo recém-nascido que nasce com mais de 20 semanas e menos de 37 semanas de idade gestacional. A incidência de bebês prematuros varia de acordo com o país ou a região, e isso se deve principalmente às condições socioeconômicas da população.

A principal causa de perda fetal, excluindo-se as malformações, é a prematuridade, respondendo por cerca de 75% dos óbitos.

Os fatores predisponentes da prematuridade são: mulheres negras, mães nos extremos etários (adolescentes ou com mais de 35 anos), pequeno intervalo entre as gestações, antecedentes de parto prematuro, gestação múltipla, doença materna aguda ou crônica (diabetes, hipertensão etc.). Há ainda fatores obstétricos, como: malformações uterinas, traumas, placenta prévia, descolamento de placenta, infecções etc.

A mortalidade e morbidade neonatal são maiores entre os neonatos prematuros do que entre aqueles que nasceram a termo, ou seja, com 37 a 41 semanas completas de idade gestacional. A imaturidade dos bebês pode acarretar disfunção de qualquer órgão ou sistema, levando ao comprometimento deste ou a intercorrências ao longo de seu desenvolvimento. Pode haver comprometimento futuro no desenvolvimento neuropsicomotor, com déficit cognitivo, perda na acuidade visual ou auditiva.

As características do bebê prematuro incluem baixo peso ao nascer, geralmente menos de 2,5 kg, pele muito fina e avermelhada, pequena lanugem que recobre o corpo do bebê. Alguns podem apresentar diferentes disfunções, que incluem problemas respiratórios, neurológicos, cardiovasculares, hematológicos, nutricionais, gastrointestinais, metabólicos, renais, imunológicos e oftalmológicos, além de dificuldade na regulação da sua temperatura basal.

O desenvolvimento do bebê prematuro vai depender de muitos fatores, desde a idade gestacional até o estado de saúde e as condições em que ele nasceu. Ao nascer, esses bebês dependem totalmente do auxílio de aparelhos e de profissionais adequados. À medida que forem ganhando peso, conseguindo respirar sozinhos e ter o reflexo de

sucção, importante para o aleitamento materno, eles podem receber alta da internação hospitalar e ir para casa. Eles necessitarão de cuidados e muito carinho dos pais, assim como os bebês que nasceram no tempo certo.

## Gemelaridade

Gravidez gemelar é aquela que apresenta dois ou mais fetos simultaneamente. Existem dois tipos de gêmeos: os monozigóticos e os dizigóticos. Estes correspondem à maioria das gravidezes.

Os gêmeos monozigóticos, também chamados de gêmeos idênticos, resultam da fecundação de um óvulo com um espermatozoide, que forma um ovo ou zigoto, o qual se divide espontaneamente em dois ou mais, dando origem aos embriões.

Os dizigóticos formam-se da fecundação de dois óvulos com dois espermatozoides, resultando em uma gestação múltipla com gêmeos geneticamente diferentes entre si.

A gravidez gemelar dupla é mais frequente que a tripla e as demais. Sua incidência aumenta com a idade, a multiparidade, a história familiar (genética) e a fertilização *in vitro*.

Embora a gestação múltipla tenha uma evolução semelhante a uma gestação simples, as alterações ocorridas no organismo materno são mais acentuadas, e isso pressupõe uma série de riscos para o feto e para a mãe, sendo considerada uma gravidez de alto risco.

Entre os riscos mais frequentes para o feto temos: aumento da mortalidade em 3-11 vezes, malformações, prematuridade, retardo de crescimento intrauterino, trauma no parto, óbito unigemelar, síndrome da transfusão feto-fetal e poli-hidrânio. Já os riscos para a mãe são: anemia, doença hipertensiva da gravidez, diabetes, hiperêmese gravídica, abortamento, descolamento prematuro da placenta e placenta prévia.

Em relação ao tipo de parto, cesárea ou parto vaginal, ainda existem controvérsias. Apesar de existir uma maior incidência de cesáreas nas mulheres com gestação gemelar, não se contraindica o parto vaginal; o que vai influenciar nessa decisão é a idade gestacional e a apresentação fetal (posição dos fetos no útero).

Diante disso, vemos a importância do cuidado pré-natal, com o intuito de minimizar os riscos para a mãe e para os fetos, visando ao diagnóstico precoce de determinadas alterações e aos cuidados necessários para que seja uma gestação tranquila e de sucesso para a mãe e os bebês.

## Ruptura da bolsa d'água

A ruptura da bolsa d'água ou ruptura prematura de membranas, como é conhecida no meio médico, é quando a bolsa d'água que envolve o bebê durante a gravidez se rompe após a 20.<sup>a</sup> semana de gestação e antes de iniciar o trabalho de parto, liberando o líquido amniótico.

A incidência dessa ruptura é de cerca de 10% das gestações, das quais 20% ocorrem antes da 37.<sup>a</sup> semana de gestação. As causas mais frequentes são aumento da pressão do líquido amniótico ocasionado por gestação gemelar, poli-hidrânio, trabalho de parto prematuro, entre outras. Mas também pode ser devida a alterações na integridade das membranas oriundas de processos inflamatórios, alterações bioquímicas (colágeno), tabagismo, atividade física em excesso etc.

Cerca de 80% dos casos são diagnosticados por exame clínico, composto pela história e pelo exame físico. A paciente que apresenta ruptura de bolsa d'água geralmente relata que teve perda involuntária de líquido, mais intensa no início e depois vai parando. E no exame físico faz-se a inspeção vulvar, na qual na maioria das vezes já é fechado o diagnóstico.

A conduta nesses casos vai depender de algumas variáveis, como a idade gestacional, se a paciente está na fase latente ou fase ativa de trabalho de parto, se há presença de infecção ou não e se há sofrimento fetal.

Para gestação abaixo de 34 semanas com bolsa rota, se não houver contra-indicações, pode-se adotar conduta expectante por semanas, com a paciente internada, com vigilância rigorosa. Após 34 semanas está indicada a interrupção da gestação.

A perda urinária na gestante é comumente confundida com a ruptura das membranas. A urina da gestante é mais diluída e não

tem cheiro. Em casos de perda involuntária de líquido, o médico deverá ser procurado imediatamente para que se tome a conduta adequada para cada caso.

## Infecção urinária

A infecção do trato urinário (ITU), a infecção mais comum durante a gestação, na maioria das vezes é assintomática, acometendo cerca de 10% das grávidas.

É causada por bactérias da flora intestinal que acabam por contaminar o trato urinário quando se rompe o equilíbrio entre a defesa do organismo e a virulência. A bactéria mais comumente encontrada é a *Escherichia coli*, responsável por cerca de 75% das infecções.

Podemos subdividir a infecção urinária de acordo com o local do sistema urinário acometido:

✓ Bacteriúria assintomática: responsável pela maioria dos casos de infecção do trato urinário, consiste na presença de grande número de bactérias da urina, mas sem sintomas, sendo mais frequente no primeiro trimestre de gestação. Indica-se fazer o rastreamento e o tratamento, já que não causa sintomas, porém é responsável por parto prematuro e crescimento fetal insuficiente. Pode evoluir para infecção renal, além de outras complicações;

✓ Cistite: acomete o trato inferior do sistema urinário, trata-se da condição clínica mais frequente no segundo trimestre de gestação. Seus sintomas incluem: dor ao urinar, repentina necessidade de urinar (urgência miccional), aumento no número de idas ao banheiro para urinar, urina fétida. Pode apresentar hematúria, ou seja, sangue na urina;

✓ Pielonefrite: atinge o trato superior do sistema urinário. É a causa mais frequente de febre na gravidez e geralmente ocorre no terceiro trimestre. A paciente pode apresentar febre, calafrios, náuseas e vômitos, dor lombar, aumento no número de idas ao banheiro para urinar, urgência miccional e alterações laboratoriais. Trata-se de uma doença de extrema importância, pois é uma das principais causas de morte materna, e o tratamento precoce evita tal desfecho.



Durante a gestação, a ITU pode causar uma série de complicações, como trabalho de parto prematuro, recém-nascidos com baixo peso, ruptura de bolsa d'água, retardo de crescimento intraútero etc. Por isso, a importância do diagnóstico e tratamento precoce, que podem ser feitos nas consultas do pré-natal, essenciais para que se tenha uma gestação saudável e sem complicações, ou na consulta a um médico especialista quando apresentar algum dos sintomas citados anteriormente.

## **Drogas teratogênicas**

Define-se agente teratogênico como toda e qualquer substância, organismo, agente físico ou estado de deficiência capaz de produzir alguma alteração na estrutura ou função do embrião.

Os agentes teratogênicos são subdivididos em três tipos: fatores ambientais (vírus, por exemplo), teratógenos químicos (medicamentos) e agentes físicos (radiação ionizante, hipertermia etc.).

Alguns fatores influenciam o efeito teratogênico, como o agente, a idade gestacional no momento da agressão e o tempo de ação.

As drogas variam em sua teratogenicidade. Algumas causam graves malformações (como a talidomida, por exemplo), outras podem provocar retardo mental, retardo de crescimento ou morte do concepto.

Durante a gestação ocorrem diversas modificações no organismo materno que podem influenciar a capacidade de absorção, excreção e distribuição das drogas, por isso a importância de evitar o uso de medicação durante o primeiro trimestre, preferir o uso de apenas um medicamento para determinada doença, em vez de vários, preferir os tratamentos tópicos aos sistêmicos e usar a menor dose efetiva da medicação segura.

No entanto a consulta com o médico especialista é indispensável para que ele avalie a real necessidade da utilização do medicamento e se existe ou não alguma restrição para seu uso durante a gestação. Algumas vezes a falta de um medicamento é pior que seu efeito.

## Aborto

Aborto é a interrupção prematura da gravidez com expulsão do concepto do útero e sua morte, antes da 20.<sup>a</sup> semana de gestação. Após essa data, é considerado parto prematuro.

A incidência de aborto clínico, ou seja, o aborto reconhecido e diagnosticado, chega a aproximadamente 15%, e de aborto subclínico, 35-45%. Cerca de 80% dos abortos acontecem no primeiro trimestre de gestação.

Quanto mais abortos a mulher teve, maior se torna a chance de um novo aborto em outra gestação, porém após o terceiro aborto a mulher ainda tem uma chance de 50% de ter uma gestação normal, mesmo sem nenhum tratamento.

O aborto pode ser considerado precoce, se ocorrer até a 12.<sup>a</sup> semana de idade gestacional, ou tardio, se acontecer entre a 13.<sup>a</sup> e a 20.<sup>a</sup> semana de idade gestacional. Classifica-se o aborto como recorrente quando se dá mais de três vezes. A investigação das causas deve ser feita quando ocorrer em duas ou mais perdas ou se for tardio.

As causas de aborto podem ser por fatores fetais, maternos e externos. Entre as causas fetais, as cromossomopatias correspondem a 50% dos casos de abortos clínicos, principalmente se for precoce e a primeira perda. Os fatores maternos incluem ginecopatias, infecções, doenças sistêmicas, endocrinopatias, útero bicorno, hipertrofia de endométrio, entre outros. Já as causas externas são tabaco, álcool, toxinas ambientais, irradiação e intoxicação por metais pesados.

Os abortos podem ser espontâneos ou induzidos. No aborto espontâneo a expulsão do concepto não é intencional. Ocorre sobretudo no primeiro trimestre e sua principal causa são as anomalias cromossômicas do embrião. Já o aborto induzido é aquele produzido por uma ação humana deliberada. Pode ser causado por ingestão de medicamentos ou por métodos mecânicos.

Entre as formas clínicas de aborto, temos:

- ✓ Ameaça de aborto: ocorre em 25% das gestantes e, destas, 50% abortam;
- ✓ Aborto incompleto: causa sangramento intenso, cólicas e eliminação dos produtos ovulares. No ultrassom, podem ser visualizados restos do embrião;



- ✓ Aborto completo: expulsão total e espontânea de todo o tecido fetal e placentário. Apresenta cólica e sangramento;
- ✓ Aborto retido: embrião retido no útero até quatro semanas após seu óbito;
- ✓ Aborto séptico: a gestante apresenta febre, secreção vaginal fétida e dor ao toque. Pode acometer estruturas vizinhas, e a conduta nesses casos consiste no esvaziamento do útero e no uso de antimicrobianos.

No Brasil, considera-se crime o aborto induzido, exceto nas situações de estupro da mulher, quando há risco de morte para a mãe por conta da gravidez ou em casos de anencefalia do concepto. Já em países como Nicarágua e Chile, essa prática é totalmente ilegal, mesmo em casos de risco de morte, estupro e anencefalia. Em alguns países da Europa, o aborto pode ser induzido até a 12.<sup>a</sup> semana de gestação a pedido da mulher ou em situações de risco para ela.

Mesmo sendo uma prática penalizada judicialmente, o aborto clandestino acontece em muitos lugares do nosso país, porém esse ato pode trazer muitas consequências físicas e psicológicas para a mulher.

## Gravidez ectópica

Trata-se da gravidez em que o feto se desenvolve fora do útero, podendo ocorrer na tuba uterina, no canal cervical, na cavidade pélvica ou abdominal. Por conta da falta de condições favoráveis ao seu desenvolvimento, o feto não sobrevive.

São fatores de risco para a gravidez ectópica história de gravidez ectópica prévia, cirurgia tubária prévia, infecções tubárias anteriores, contracepção com progesterona ou DIU, mas muitas vezes ocorre em gestante sem fatores de risco.

Os sintomas mais importantes são sangramento vaginal, que pode ser pequeno e/ou irregular, cólicas, associadas ou não ao atraso menstrual. Tais sintomas acontecem porque o revestimento do útero é eliminado como uma menstruação normal, após a morte do feto.

A conduta a ser tomada pelo médico vai depender de cada caso, podendo ser realizado apenas o acompanhamento ou o tratamento clínico (com medicação) ou cirúrgico.

## Incompatibilidade sanguínea

Também conhecida como eritroblastose fetal, a incompatibilidade sanguínea envolve os fatores Rh e pode trazer uma série de complicações para a gestante e para o bebê.

A doença acontece quando a gestante é Rh negativo e o bebê é Rh positivo, e ela tende a produzir anticorpos anti-Rh para tentar destruir o Rh positivo do feto. Isso ocorre em virtude da passagem de hemácias fetais através do cordão umbilical, sensibilizando a mãe, e com posterior passagem dos anticorpos anti-RH, que vão destruir as hemácias do feto.

Esses anticorpos tendem a permanecer na corrente sanguínea da mãe e podem comprometer uma próxima gestação. Eles são detectados pelo exame de Coombs indireto, realizado nas gestantes Rh negativas, nos três trimestres da gestação.

Tal doença pode se apresentar de forma leve ou grave, desde anemia leve até deficiências mentais, surdez, paralisia cerebral, edema generalizado, esplenomegalia (baço aumentado), hepatomegalia (fígado aumentado), icterícia e morte (peri ou pós-natal).

Em casos como esse, a prevenção é o melhor remédio. Para isso, a mulher pode procurar tratamento antes mesmo de engravidar. Caso isso não seja possível, ressalta-se a importância do acompanhamento do pré-natal para a detecção precoce e conduta perante tal situação.

A prevenção acontece por meio da vacina anti-Rh, que pode ser aplicada já no sexto mês de gestação, ou no período pós-parto imediato.

Caso a gestante não tenha realizado esse acompanhamento, o recém-nascido é tratado com uma transfusão de sangue Rh negativo, para substituir os anticorpos anti-Rh que a mãe transmitiu a ele. Após essa “substituição de Rhs”, não haverá mais anticorpos da mãe na circulação do bebê, porém a mãe deverá ser tratada para evitar a incompatibilidade numa próxima gestação.

## Infecções

Durante a gravidez, além de todas as modificações hormonais e fisiológicas, a grávida passa a ser responsável por duas pessoas: ela

mesma e o filho. Alterações de hábitos de vida da mãe são capazes de afetar sua própria saúde, mas também podem acarretar problemas para a criança. As infecções durante a gestação constituem um exemplo de que doenças maternas adquiridas durante esse período podem prejudicar tanto mãe quanto filho.

Por causa das alterações no funcionamento do corpo da grávida, nesse período a mulher fica mais desprotegida e é mais fácil adquirir alguma infecção. Cuidados com alimentação, higiene pessoal e moradia fazem-se necessários para evitar que a grávida fique doente.

Infecções na gravidez trazem muitas dúvidas para as gestantes: posso passar essa doença para meu filho? Quais riscos meu filho está correndo? Como prevenir?

Nas infecções que resultam em imunidade, como a rubéola, se a mãe teve não passa para seu filho, pois a infecção precisa passar por ela para chegar ao feto. Nenhuma infecção atinge 100% o feto. O momento em que ela ocorreu é de extrema importância, pois determina a lesão que pode ser causada.

A seguir serão comentadas algumas infecções que podem ocorrer durante a gravidez e seus possíveis malefícios para o feto. Serão descritas algumas informações para diminuir as preocupações e dúvidas e fazer redobrar a atenção para a importância de um bom cuidado da saúde da gestante.

## ■ Toxoplasmose

É causada pelo *toxoplasma gondii*. Pode não gerar sintomas na mãe, mas, se houver, são sintomas gerais, como febre, fadiga, cefaleia, mal-estar, dor nos músculos.

A principal fonte de infecção materna é a ingestão de alimentos contaminados, como frutas, verduras, legumes, carne malpassada, ovo malcozido e água não filtrada. Para prevenir a contaminação, deve haver cuidados com a higiene dos alimentos. Lave-os bem, lave as mãos e tome água filtrada ou mineral.

A infecção não traz grandes riscos para a mãe. A chance de passar a doença para o feto aumenta com o avanço da idade gestacional,

porém seu efeito deletério diminui com a idade gestacional. E, se a infecção do feto ocorrer, raramente causa morte fetal neonatal.

Realiza-se o diagnóstico da toxoplasmose com duas amostras de sangue, com pelo menos duas semanas de intervalo entre elas, com positividade para IgG e IgM. As gestantes que possuem IgG positivo e IgM negativo são imunes à doença.

### ■ Citomegalovírus

Trata-se da principal causa de infecção do feto ainda dentro da barriga da mãe, encontrada em 0,5 a 2% de todos os recém-nascidos.

A transmissão do citomegalovírus (CMV) pode ocorrer de diversas maneiras: por contato íntimo (saliva, urina, leite materno, sangue, secreções vaginais e sêmen), por contato indireto com materiais contaminados, por transfusão sanguínea ou transplantes.

O diagnóstico é difícil de ser realizado porque na maioria das vezes (75%) é assintomática para a mãe; quando há sintomas, são inespecíficos, como febre, faringite e mal-estar.

O principal modo de contaminação é pelo sangue, infectando a placenta e em seguida o feto. O risco para o bebê é maior quando o problema ocorre antes das 20 semanas de gestação.

O tratamento durante a gestação não está indicado em casos de grávidas com sua imunidade normal, pois não mudaria o curso da doença do feto.

### ■ Dengue

As campanhas pelo Brasil inteiro contra a dengue já mostram que essa é uma doença que ocorre muito em nosso país, necessitando de medidas de controle e prevenção contra os agentes transmissores.

O causador da doença é um vírus (quatro variações diferentes), mas sua transmissão se dá pelo mosquito *Aedes Aegypti*, que quando infectado pica o homem, e o vírus se espalha pelo sangue e vai para outros tecidos do corpo.

Não há vacinas contra a dengue. A única forma de prevenção é eliminar o agente transmissor e ter cuidados com o saneamento

básico, extinguindo locais com água parada onde se proliferam os ovos do mosquito.

Os sintomas de alerta para se pensar em dengue têm início abrupto, como febre (que costuma durar sete dias) e dor de cabeça (geralmente atrás dos olhos), frequentemente acompanhada de dor muscular, sintomas respiratórios, vômito e dor abdominal.

A dengue em gestantes foi associada a maior ocorrência de trabalho de parto prematuro e nascimento prematuro, hemorragia uterina, morte fetal intrauterina, morte neonatal e transmissão de dengue para o feto (vertical).

A dengue hemorrágica e a síndrome de choque da dengue são variáveis mais agressivas da doença, que no início se parecem com a forma clássica. O importante é acompanhar depois de alguns dias (quatro a sete), quando começam a aparecer outras manifestações como extravasamento de plasma com manifestações de hemorragia (sangramento de mucosa e manchas na pele).

Não existe um remédio específico para o tratamento dessa doença. Então o que fazer? A medida fundamental é a hidratação precoce e na quantidade adequada. Em casos mais graves deve ser considerada a reposição de fluidos intravenosa. Sempre evitar aspirina e anti-inflamatório em caso de febre, por conta de sua característica anticoagulante.

## ■ Herpes simples (HSV)

Nos últimos anos vem aumentando a ocorrência de herpes neonatal. Essa infecção ocorre normalmente pela contaminação da criança no canal vaginal da mãe durante o trabalho de parto.

O HSV normalmente não gera sintomas específicos, estando ativo na gestação ou por reativação do vírus ou por aquisição durante a gravidez. Essa segunda forma de transmissão da doença está relacionada a trabalho de parto prematuro, retardo do crescimento intrauterino e aborto espontâneo. Assim, a gestante deve estar sempre se prevenindo para evitar a contaminação por esse vírus. Aí vem a pergunta: como devo me prevenir? A contaminação acontece por relação sexual, portanto é essencial o uso da camisinha.

As lesões que se formam são vesículas (“bolhinhas” com líquido dentro), acompanhadas de ardor, prurido, formigamento e vermelhidão. Essas bolinhas podem estourar e formar feridas. O tratamento tem como objetivo diminuir a ocorrência das lesões e os sintomas; sua cura ainda não é possível.

No final da gravidez reina a dúvida: que tipo de parto é aconselhado? Para responder a tal pergunta, depende de quando foi diagnosticada a lesão por herpes. Se o diagnóstico foi no momento do parto, deve-se fazer cesárea mesmo se a lesão for recorrente (se não for a primeira vez que aparece na mãe).

Se o diagnóstico foi feito antes da 34.<sup>a</sup> semana de gestação, indica-se o uso de remédio (aciclovir) da 36.<sup>a</sup> semana até o parto. Aí sim pode ser realizado o parto por via vaginal sem nenhum problema de contaminar o bebê.

#### ■ Varicela-zóster

Essa doença possui maior importância quando ligada ao seu risco de causar pneumonia materna na infecção primária. Ocorre normalmente no terceiro trimestre de gestação e é de grande risco para a mãe (mortalidade de 11 a 40%, se fizer pneumonia). A mulher que fuma tem maior chance de adquirir pneumonia associada à varicela-zóster.

Quando devo suspeitar? Quando há febre com coceira na pele, mal-estar, tosse, falta de ar e dor no peito. Os recém-nascidos devem ser separados da mãe até que as vesículas (bolhinhas) já tenham fechado (com crostas), para evitar passar o vírus.

Quando a mãe adquire a infecção no começo da gravidez, pode ocorrer a varicela congênita. As complicações comuns nesses casos são aborto espontâneo, morte fetal e alterações no embrião.

Quando o bebê tem a síndrome (conjunto de sintomas) da varicela congênita, possui cicatrizes na pele, alteração na formação dos membros, diminuição da massa muscular, retardo psicomotor e outras malformações.

Existe vacina contra varicela-zóster recomendada para todas as crianças, mas se você engravidou não deve tomá-la.

## ■ Rubéola

Com a implementação da vacina (tríplice viral) está havendo uma redução na ocorrência de rubéola congênita. Tal vacina é contraindicada durante a gestação; você deve aguardar pelo menos três meses para engravidar após a vacinação.

Trata-se de uma doença causada por vírus em que o ser humano é o único hospedeiro (só ele pode pegar e transmitir). A transmissão do vírus dá-se por meio de gotículas de secreções das vias aéreas. A infecção congênita acontece pela disseminação do vírus no sangue da mãe, passando para a placenta.

A chance de a mãe passar para o filho é maior nas primeiras semanas de gestação. Nas primeiras 16 semanas o risco de defeitos congênitos é mais elevado e mais grave.

Não existe tratamento para rubéola. Aconselha-se o uso de paracetamol para aliviar os sintomas.

## ■ Papilomavírus humano (HPV)

É uma doença infecciosa causada por vírus. A contaminação ocorre por relação sexual. Existem inúmeros tipos de vírus de HPV, mas o tipo 16 e o 18 são os que apresentam maior risco para pacientes, sendo importante causa de câncer de colo de útero. Muitos pacientes possuem essa doença e não sabem, pois na maioria das vezes é assintomática.

Durante a gravidez, por alterar a resposta imunológica, uma mulher que já possuía o vírus (mesmo sem sinais e sintomas) pode reativar a doença, e começam a aparecer lesões, ou se já possuía as lesões elas aumentam. No pós-parto as lesões podem regredir espontaneamente.

Mesmo se você tiver lesões não se contraindica parto por via vaginal, exceto nos casos em que a lesão é tão grande que há dificuldade de o bebê passar pelo canal vaginal.

É rara a transmissão da doença para o bebê. Não se recomenda a vacinação na mulher durante a gravidez.

## ■ Sarampo

Quando tal doença acomete as grávidas, aumenta a chance de mortalidade materna e fetal. Essas mães estão mais sujeitas a ter angústia respiratória severa.

O vírus do sarampo pode atingir a placenta; ele não aumenta o número de malformações fetais, mas eleva o risco de ocorrer morte do feto intraútero.

Não existe medicação específica para tratar o sarampo.

A vacina contra o sarampo é contraindicada na gravidez.

## ■ Vírus que acometem o sistema respiratório

Os mesmos vírus que provocam os resfriados do dia a dia podem causar complicações mais severas nas grávidas. Os principais vírus são: rinovírus, coronavírus, vírus sincicial respiratório humano (VSRH), vírus para *influenza*, adenovírus, vírus *influenza* (A, B, C). A vacinação para a *influenza* está indicada em qualquer época da gestação.

## ■ Parvovírus

Infecção causada pelo parvovírus B19, acomete principalmente crianças. Nas grávidas, na maioria dos casos, a doença se resolve sozinha com o tempo.

Quando ocorre entre a 10.<sup>a</sup> e a 20.<sup>a</sup> semana de gestação, pode provocar aborto e nascimento prematuro. Quando comprovada a infecção, sugere-se realizar acompanhamento do feto por ultrassonografia. O único tratamento eficaz é fazer transfusão de sangue no feto (mesmo estando dentro do útero), para tratar a anemia grave fetal.

## ■ Poliomielite

O poliovírus é o causador dessa doença, caracterizada por paralisia flácida com início repentino (embora esse quadro seja raro).



Más condições de moradia e higiene pessoal favorecem a transmissão desse vírus.

As gestantes também possuem um risco aumentado de se contaminar pelo vírus da poliomielite. A mãe que tem imunidade contra o poliovírus passa-a para o seu recém-nascido através da placenta, dando uma proteção transitória a essa criança nos primeiros meses pós-parto.

Não existe um tratamento específico para tal doença, há apenas medicações para dor ou febre. Nas gestantes, por serem um grupo de risco, indica-se o uso da vacina antipólio inativada (Salk), porém a vacina com vírus atenuado via oral (Sabin) parece não causar risco para o feto.

### ■ Coxsackie

É um vírus que pode infectar a gestante. Quando ele atravessa a placenta e alcança o feto, causa prejuízos, como aborto, inflamação no músculo do coração (miocardite), pneumonia e hepatite. Não há vacina para o vírus Coxsackie.

### ■ Caxumba

É causada por um vírus da família Paramyxoviridae. Trata-se de uma doença comum na infância e rara em adultos. Não há nada que comprove que a caxumba aumenta o risco de malformações congênicas, contudo observa-se o aumento do número de abortos espontâneos nas gestantes acometidas pela doença durante o primeiro trimestre de gravidez.

### ■ HIV

Doença infecciosa que pode ser transmitida para o bebê se não corretamente conduzida. Atualmente o tipo de tratamento da doença depende de alguns fatores, como alterações nos exames de sangue. Existem drogas que podem ser usadas durante a gestação.

O acompanhamento da gestante acontece pelo exame de carga viral, o qual detecta a quantidade de vírus circulante, que é um dos

fatores associados à transmissibilidade do vírus da mãe para o bebê. Outros fatores são: medicação utilizada durante o pré-natal, uso de AZT no momento do trabalho de parto, tempo de ruptura prematura da membrana amniótica.

O parto pode ser normal, dependendo do uso das medicações e da carga viral.

## **Oligo-hidrânio e poli-hidrânio**

O líquido amniótico, um fluido que preenche a bolsa amniótica, protege o bebê contra choques mecânicos, envolvendo-o. É produzido pela placenta e suas membranas, e depois do quarto mês de gestação também é formado pela urina fetal. Um volume adequado desse líquido é necessário para o desenvolvimento, o crescimento e a movimentação acertada do feto.

O líquido amniótico pode apresentar alterações em sua quantidade. Quando é menor do que o esperado para a idade gestacional, denomina-se oligo-hidrânio, e, quando maior, caracteriza-se como poli-hidrânio. O ultrassom constitui o exame mais eficiente no estudo da quantidade de líquido amniótico e, conseqüentemente, o melhor método diagnóstico.

O volume do líquido amniótico é dinâmico – o bebê ingere e urina o líquido amniótico o dia inteiro. A não ingestão ou o excesso de produção pode resultar em poli-hidrânio. Já a perda, a baixa produção ou se o bebê não urinar pode resultar na redução, oligo-hidrânio.

A causa mais comum de oligo-hidrânio é a ruptura prematura das membranas, mas tal redução pode ser causada por outras alterações como: malformações renais fetais (mais presentes no segundo trimestre) e as ligadas a anormalidades da função da placenta (no terceiro trimestre).

O que fazer após o diagnóstico? Devem-se controlar o bem-estar fetal e a função da placenta, por meio do dopplervelocimétrico e do perfil biofísico fetal. Não há tratamento a longo prazo; hiper-hidratação materna ajuda.

A gestante com poli-hidrânio pode não apresentar nenhum sintoma ou ter sintomas por conta da pressão exercida dentro do

útero e sobre os órgãos vizinhos, provocando falta de ar, inchaço nas extremidades inferiores, na vulva e na parede abdominal. Pode ter um curso agudo (sintomas que se instalam rapidamente) ou crônico (maioria).

Depois de realizado o diagnóstico, deve-se procurar a causa do poli-hidrânio. Na metade das vezes não se chega a um diagnóstico. Recomenda-se fazer ultrassom morfológico, avaliação ultrassonográfica da placenta com Doppler, pesquisa de infecções congênicas (sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus, rubéola), ecocardiografia fetal, pesquisa de isoimunização pelo fator Rh.

Caso não seja possível fazer nenhum diagnóstico com a pesquisa dos itens citados anteriormente, indica-se um tratamento de controle para reduzir o volume do líquido amniótico e as contraturas uterinas, com o intuito de prolongar a gravidez.

Amniocentese descompressiva pode ser realizada quando a gestante está tendo dificuldade de respiração progressiva ou dor abdominal pela compressão. Pode ser usada a indometacina, que serve para diminuir a excreção do rim do feto. Esse medicamento é contraindicado a partir da 32.<sup>a</sup> semana de gestação.

## Asma

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, caracterizada pela obstrução variável e reversível dos brônquios, diminuindo o fluxo de ar. Pode haver resolução espontânea ou necessitar de tratamento.

Geralmente se trata de uma doença prévia à gestação, e durante esse período pode melhorar, piorar ou permanecer com o mesmo número de crises que havia antes da gravidez. A falta de ar não deve ser tolerada e sim tratada, pois o bebê necessita de aporte de oxigênio em grande quantidade.

Alguns sintomas sugerem a presença de asma, como falta de ar, tosse seca, sensação de aperto no peito (rigidez torácica) e chiado no peito. Tais manifestações clínicas se apresentam normalmente de forma episódica, mas esses mesmos sinais e sintomas podem estar relacionados com outras doenças, como refluxo gastroesofágico.

O diagnóstico da asma é feito mediante uma boa anamnese para verificar os sintomas clínicos e os aspectos funcionais. A verificação em relação ao aspecto funcional é realizada pela espirometria, que mostra a obstrução das vias aéreas; após o uso de broncodilatador a função se normaliza ou volta próximo ao normal.

O tratamento da asma brônquica durante esse período de gravidez não difere muito do utilizado normalmente. As drogas empregadas no tratamento dessa doença já se mostram seguras. É importante salientar que o subtratamento resulta em maior risco para a mãe e o seu filho do que o uso de quaisquer drogas necessárias para o controle dessa doença.

## Diabetes

Diabetes é um aumento da glicose no sangue (hiperglicemia), decorrente da falta ou do funcionamento insuficiente da insulina. A insulina é responsável pelo metabolismo do açúcar, absorvido pelo nosso corpo quando ingerimos os alimentos, que passam pelo intestino e se transformam em açúcar.

Existem três tipos de diabetes: tipo I, tipo II e gestacional.

O primeiro, também chamado de insulino dependente, ocorre quando há a destruição das células do pâncreas, que normalmente produzem a insulina. Tal doença aparece, na maioria das vezes, na infância.

O tipo II (não insulino dependente) ocorre quando as células musculares, adiposas, do fígado e de outros tecidos se tornam incapazes de utilizar a insulina secretada pelo pâncreas. Tem influência hereditária e normalmente está associado com obesidade. Na maioria das vezes aparece depois dos 40 anos de idade.

Na gestação ocorre a liberação de hormônios pela placenta, o que aumenta a necessidade de insulina. Se a gestante não consegue aumentar sua produção, a glicemia aumenta, e aparece o diabetes gestacional. A ansiedade está presente em todas as grávidas, mas na grávida com diabetes há uma preocupação adicional: o que tal doença pode causar ao meu filho? Não há dúvidas de que a mulher grávida pode ter complicações que normalmente não ocorrem em

mulheres sem essa doença, mas não é preciso você entrar em pânico se está nessa situação. O bom controle da doença, com a ajuda de equipes especializadas, diminui as chances de haver algum contratempo.

As gestantes com diabetes tipo I e tipo II devem planejar muito bem a sua gravidez, de preferência com seis meses de antecedência. É preciso realizar exames e controlar muito bem a glicemia.

Todo esse preparo com controle glicêmico se faz necessário, uma vez que a grande maioria das malformações dos filhos de mães diabéticas ocorre nos órgãos fetais nas primeiras oito semanas de vida intrauterina. O uso de ácido fólico ajuda a prevenir malformações no sistema nervoso; indica-se utilizá-lo de um a seis meses antes da gravidez.

Após uma gestação de mãe com diabetes, como o bebê corre risco de ter uma crise de hipoglicemia após o nascimento, ele precisa ser vigiado, por isso geralmente fica em um berçário de alto risco logo após o nascimento por seis até vinte e quatro horas. Não entre em desespero se isso ocorrer; como já dito, é normal!

Está chegando o dia do parto. Escolho parto normal ou cesárea? Sempre se deve optar pelo melhor método para o bebê. Esse assunto tem de ser discutido com o médico, que junto com a gestante vai fazer a escolha que favorece primeiramente o bebê.

Nunca se esqueça: o controle da glicemia é fundamental. Gestantes que não se cuidam bem correm o risco de perder o filho. Após o parto o bebê pode ter dificuldade em se adaptar, fazendo hipoglicemia, disfunção respiratória, entre outros. No futuro, seu filho pode ser obeso, ter diabetes tipo II. Não se desespere, o controle glicêmico previne essas complicações.

## Hipertensão arterial crônica

É caracterizada pela elevação da pressão arterial sistólica (PAS) a níveis  $\geq 140$  mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$  mmHg antes do período gestacional ou surgimento antes da 20.<sup>a</sup> semana de gestação.

A hipertensão arterial crônica acarreta aumento da morbimortalidade tanto materna quanto fetal se não for corretamente

conduzida. As principais complicações maternas estão relacionadas a quadros de derrame e descolamento prematuro da placenta. Já as complicações fetais estão associadas a nascimento prematuro, natimortalidade, baixo peso ao nascer e morte neonatal.

A gestante deve fazer a verificação de sua pressão diariamente para acompanhamento e melhor compreensão do quadro hipertensivo por que vem passando. Ressalta-se que a base de tudo está numa alimentação balanceada com dieta hipossódica, evitando frituras, gorduras saturadas, refrigerantes, alimentos e temperos condimentados. É preciso sempre tomar bastante água.

A atividade física também é benéfica nesses casos, sendo recomendada diariamente, sempre com supervisão de um profissional capacitado para fazer acompanhamento da gestante com hipertensão crônica.

As terapias anti-hipertensivas podem ser propostas pelo seu médico obstetra a fim de normalizar sua pressão arterial. Alguns medicamentos devem ser evitados. Oriente-se com seu médico a respeito desse assunto.

## **Pré-eclâmpsia e eclâmpsia**

A pré-eclâmpsia é a hipertensão arterial acompanhada de proteinúria (presença de proteínas na urina) ou edema (retenção de líquido) que ocorre após 20 semanas de gestação, desaparecendo até 12 semanas após o parto. Ocorre em 5% das mulheres grávidas e pode ser leve ou grave, dependendo das complicações associadas.

A eclâmpsia é a forma mais grave de pré-eclâmpsia, que leva a crises convulsivas ou coma. Pode ser fatal se não tratada imediatamente.

As gestantes com pré-eclâmpsia e eclâmpsia requerem bastante cuidados. Suas consultas com o médico devem ser rotineiras para que este possa acompanhar a progressão da gestação e estimar o risco para a mãe e o feto. Dependendo da gravidade do quadro, pode ser necessário realizar o parto antes da hora.

Quanto ao recém-nascido, as principais complicações relacionam-se à prematuridade.

## Retardo no crescimento intraútero

Definido como a limitação patológica de um feto de atingir o seu potencial de crescimento, em virtude de diversos fatores, é uma importante causa de morbidade e mortalidade perinatal.

As causas do retardo no crescimento intraútero podem ser fatores fetais que reduzem o crescimento, como síndromes genéticas, infecções congênicas ou fatores que afetam o transporte de nutrientes e oxigênio entre a mãe e o feto, como pré-eclâmpsia, desnutrição, tabagismo e uso de drogas.

Pode levar a complicações neonatais que incluem hipóxia ao nascer e, se associadas à prematuridade, síndrome do desconforto respiratório, hipoglicemia, infecção, retinopatia da prematuridade e enterocolite necrosante. A longo prazo podem ocorrer risco aumentado de resistência à insulina, problemas psiquiátricos e doenças cardiovasculares.

As condições da gestação vão orientar o médico para a melhor conduta, e em alguns casos deve ser feito um parto prematuro terapêutico.

## Placenta prévia

É a placenta que se implanta total ou parcialmente acima do colo do útero ou próximo dele, na parte inferior do útero.

Ocorre em média em uma a cada 200 gestações que chegam ao terceiro trimestre, geralmente em mulheres com anomalias uterinas ou que já tiveram mais de uma gestação, sendo a cicatriz uterina da cesárea o principal fator de risco. Também pode estar associada com tabagismo, idade materna avançada e gemelaridade.

Há um sangramento vaginal indolor, súbito e autolimitado no fim da gestação, mas que pode se tornar intenso.

A conduta do médico vai depender da quantidade de perda sanguínea. Se for intensa, pode haver necessidade de transfusão sanguínea, ao passo que, se a perda for leve, pode ser necessário apenas repouso ao leito.

## Descolamento de placenta

Trata-se de um evento comum no início da gravidez, geralmente com curso benigno. O repouso é o melhor remédio. Episódios de descolamento de placenta no segundo trimestre devem ser acompanhados de perto. Alguns casos podem ter evolução trágica, com perda do bebê; outros evoluem lentamente e acabam “cicatrizando”.

Nos casos de descolamento próximo ao termo, é extremamente grave, colocando em risco a vida da mãe e do bebê. Os principais fatores associados a tal patologia são hipertensão, fumo, multiparidade, entre outros.

Quando há risco de vida o parto deve ser feito imediatamente, de modo geral por cesariana.

## Esclerose múltipla

Também denominada de esclerose em placas, é uma das mais importantes doenças neurológicas, caracterizando-se pela presença de zonas de desmielinização do sistema nervoso central e, clinicamente, pelo aparecimento na maioria das vezes de crises ou de sintomas e sinais em virtude da disfunção de nervos e vias óticas, do cérebro, do cerebelo, tronco cerebral e medula espinhal.

É mais comum em mulheres e tem uma incidência elevada entre os 20 e 35 anos, coincidindo com o período gestacional. Ainda não se sabe o motivo exato do desenvolvimento dessa doença, mas alguns estudos relatam possíveis causas, como por exemplo doenças autoimunes, doenças virais, fatores ambientais e fatores genéticos.

Os principais sintomas encontrados são: dificuldade na fala, perda da visão em um dos olhos, visão dupla, movimentos oscilatórios nos olhos de forma involuntária, falta de coordenação de movimentos voluntários, paraplegia, tremores, dores e distúrbios esfínterianos.

Segundo estudos, a esclerose múltipla não exerce ação nociva sobre o conceito, não altera a evolução da gravidez nem atrapalha o trabalho de parto. Sabe-se também que a gravidez não desencadeia nem altera o curso natural da esclerose múltipla.



Não há um tratamento específico, e é difícil avaliar os resultados obtidos com o uso de determinadas drogas, mas sabe-se que o curso da doença se baseia em períodos de surtos com frequentes remissões espontâneas. Antes de iniciar ou suspender medicações, converse com seu obstetra.

## Fibrose cística

A fibrose cística, uma doença hereditária, faz determinadas glândulas produzir secreções anormais, desencadeando vários sintomas; os mais importantes são os que afetam o trato digestivo e os pulmões.

O diagnóstico precoce, junto com a melhoria do cuidado especializado e intensivo, vem contribuindo na última década para o aumento da expectativa de vida dos portadores dessa doença, o que torna possível, também para as portadoras dessa doença, o sonho da possibilidade de ser mãe.

A equipe envolvida nos cuidados de pacientes com fibrose cística deve estar capacitada para dar orientações adequadas, quando a paciente ou o casal traz dúvidas acerca da fertilidade ou da gravidez.

Ao mesmo tempo, recomenda-se aconselhamento genético ao casal, e é necessário um diálogo franco e esclarecedor. O desejo da gestação coexiste com sentimentos tumultuados, e é preciso que todos entendam os riscos que serão agregados à gestante, como a adequada estrutura necessária para manter uma criança, o apoio incondicional do companheiro e da família para os cuidados maternos, além do completo entendimento da evolução natural da fibrose cística.

Por conta das mudanças fisiológicas pelas quais qualquer mulher gestante passa, é fundamental estar atento, em gestantes fibrocísticas, à estabilidade clínica do quadro pulmonar, pois, se essa gestante estiver num quadro descompensado, isso pode trazer risco de vida para a mãe e para o bebê.

Pacientes gestantes fibrocísticas devem ter acompanhamento pré-natal mais rigoroso, com maior periodicidade de consultas.

## Fenilcetonúria

A fenilcetonúria materna é uma doença de caráter hereditário raro, que consiste na deficiência da enzima fenilalanina-hidroxilase, normalmente sintetizada no fígado. Enquadrada em erros inatos do metabolismo, caracteriza-se por altos níveis de fenilalanina plasmática na gestante, o que pode levar a anormalidades no desenvolvimento neuropsicomotor do feto.

Não é uma condição fatal tanto para o feto quanto para a mãe, mas se não manejada de maneira adequada pode deixar sequelas irreversíveis para o bebê, e cuidados especiais serão necessários para o melhor desenvolvimento dele.

Esses apontamentos surgem apenas quando não se diagnostica a fenilcetonúria precocemente, e sabe-se que essa doença é responsável por certos casos de atraso mental de causa inexplicada, abortamentos, crescimento intrauterino retardado, anomalias congênicas, das quais as principais são as cardiopatias.

O tratamento padrão consiste na retirada e/ou diminuição da ingestão desse aminoácido o mais cedo possível da dieta da gestante. Assim, recomenda-se que essa gestante faça um acompanhamento multidisciplinar para melhor cobertura assistencial dela e do bebê que está por vir.

Indica-se então uma dieta específica para portadores de fenilcetonúria no período pré-natal, com restrição de fenilalanina. Tal dieta consiste na retirada de proteínas de alto valor biológico da dieta, sendo proibidos os grãos como feijão, lentilha, soja, grão-de-bico, trigo e gérmen de trigo, do mesmo modo que as proteínas de origem animal, como leite, carne e ovos.

Em substituição às proteínas citadas, deve ser fornecida uma suplementação com hidrolisado proteico, que contém todas os aminoácidos essenciais, sendo retirada a fenilalanina e acrescida a tirosina. Já os carboidratos e lipídios de origem vegetal como arroz, aveia, batata, aipim, entre outros, podem ser consumidos livremente.

## Anemia falciforme

A anemia falciforme, a doença hereditária mais comum no Brasil, leva a uma diminuição da vida média dos glóbulos vermelhos, ou síndromes de vaso-oclusão, episódios de dor ou lesões em órgãos.

Gestantes portadoras de doença falciforme não sofrem dificuldade na concepção. O que pode ocorrer é algum problema no desenvolvimento do conceito, sendo relatada maior incidência de aborto e de parto prematuro de nati ou neomorto, principalmente na gestante mal controlada.

Sabemos que a gestação e o parto das mães falciformes apresentam um maior número de complicações, como alta incidência de pré-eclâmpsia, infecções, hemorragia pós-parto, mas com todo o cuidado assistencial essas intercorrências podem ser controladas.

Toda gestante portadora dessa enfermidade deve receber suplementação de folato diariamente, em doses entre 5 e 20 mg. É preciso orientá-la da importância de manter uma hidratação oral adequada e comunicar qualquer sinal ou sintoma inicial de infecção como febre, mal-estar, sudorese, entre outros.

A hora do parto, tão aguardada pelo casal, é de suma importância em gestantes falciformes. Trata-se de um momento delicado, e medidas preventivas podem ser estabelecidas para evitar o sofrimento materno e fetal.

O momento imediatamente posterior ao parto é o período mais crítico para a mãe, e as complicações mais comuns são infecções, fenômenos tromboembólicos e crises vaso-oclusivas. A hidratação adequada e uma dieta calórica apropriada previnem tais intercorrências.

Já no neonato devem ser feitos testes com eletroforese de amostras de sangue do cordão umbilical, com a finalidade de determinação da transmissão da hemoglobinopatia falcêmica. Caso o bebê seja portador da doença, os sintomas ou sinais dela só aparecerão a partir do terceiro ou quarto mês de vida, visto que antes desse período ainda prevalecerá no seu sangue a hemoglobina fetal, que não deixará a doença se manifestar.

Recomenda-se, então, a profilaxia com penicilina no terceiro mês de vida, para aqueles bebês que obtiveram resultado positivo para doença falcêmica, como forma de prevenir e reduzir a incidência de pneumonia.

São muitos os cuidados e desafios propostos para as gestantes com anemia falciforme e seu companheiro, mas a bênção de poder gerar um filho é um bem maior. Todo o cuidado proposto para chegar a esse objetivo vai ser extenuante e exige tempo, mas no final a recompensa estará presente quando escutarem o primeiro choro de seu bebê, seu bem mais precioso.

## **QUANDO PROCURAR A MATERNIDADE, INDEPENDENTEMENTE DO TEMPO DE GESTAÇÃO**

Ainda que você se informe sobre gravidez em livros, televisão, internet ou grupos de outras mães, às vezes é difícil saber se o que você está sentindo é normal ou não, isso porque as mudanças que ocorrem no corpo nesse período são muito rápidas.

Veja a seguir uma lista de sintomas que nunca devem passar em branco, ou seja, situações em que não se pode hesitar em procurar auxílio médico, pois trazem riscos tanto para o bebê quanto para a mãe.

Ainda assim, se você não tem certeza sobre algum sintoma, está se sentindo estranha ou inquieta, confie nos seus instintos e busque a maternidade; se houver algum problema, você receberá ajuda no tempo adequado, e, se não houver nada de errado, você ficará mais calma.

Lembre-se de que é sempre melhor prevenir do que remediar, sobretudo quando outra vida está crescendo no ventre.

## Ruptura da bolsa d'água

A ruptura da bolsa d'água é um momento muito esperado na gestação, mas depende do momento em que ela ocorrer. A maioria das gestantes perde urina sem sentir, geralmente em pequena quantidade. O odor não é característico, pois a urina da gestante é mais “aguada” e sem cheiro. Em caso de dúvida fazer uma consulta.

Em todos os casos, portanto, a maternidade deverá ser procurada com urgência para que o médico avalie o estado geral da mãe e do bebê, considerando o exame físico e a idade gestacional, para que a conduta e a assistência adequadas sejam manejadas o mais depressa possível.

## Contrações regulares

As contrações regulares são um dos indícios de trabalho de parto. Inicialmente são irregulares, chegando a duas contrações em 10 minutos, e com duração de no mínimo 40 segundos. Se elas iniciarem no período entre 37 e 42 semanas, poderão constituir o início do trabalho de parto a termo, entretanto, se começarem antes desse período, podem estar associadas a trabalho de parto prematuro ou até mesmo a aborto, se principiarem com menos de 20 semanas e estiverem associadas com sangramento.

Às vezes a gestante sente dores lombares, no baixo ventre etc. e não consegue definir se é contração. Coloque as duas mãos sobre a barriga e aperte. Se toda a barriga ficar dura (os dois lados), amolecer e endurecer novamente, é contração. Na dúvida você deve procurar a maternidade para que a equipe médica atue da melhor forma e da maneira mais segura!

## Contrações irregulares

Contrações de intensidade forte, que ocorrem em mais de um momento ou, apesar de irregulares, durarem um tempo considerável

ou até mesmo não cessarem, acompanhadas ou não de outros sinais clínicos, como febre, sangramento ou fortes dores, em qualquer idade gestacional são sinal de alarme e deverão ser investigadas pelo médico, por conta do risco de abortamento ou descolamento prematuro de placenta.

Também é importante diferenciar contrações verdadeiras das de “treinamento”, as chamadas contrações de Braxton-Hicks: as contrações do real trabalho de parto são mais regulares, mais “compridas”, mais doloridas, com intervalos cada vez menores, atingindo toda a barriga e às vezes as costas, não melhoram se você mudar de atividade e não dependem da posição ou movimentação do bebê.

As contrações de treinamento geralmente se iniciam próximo das 32 semanas, acontecem só algumas vezes por dia (em média 1 a cada 40 a 50 minutos), normalmente param quando você muda de atividade ou posição, são irregulares e sem ritmo, têm menor duração e intensidade, às vezes atingem apenas uma parte da barriga e podem ser desencadeadas pelos movimentos do bebê.

Essas contrações, não dolorosas, aumentam quanto mais próximo do termo e estão presentes durante toda a gestação, como forma de “preparar” o organismo para o futuro trabalho de parto.

## **Sangramento vaginal**

O sangramento vaginal durante a gravidez é um problema frequente e deve ser considerado um achado relevante, especialmente porque aparece em diversas formas clínicas.

Sangramento em pequena quantidade é comum, mas não normal. Pode ser o “ovinho” se fixando (normal), placenta baixa, “ferida” no colo do útero ou ameaço de aborto. Faça uma avaliação com seu médico.

Se for no início da gestação (até o quarto mês), intenso, acompanhado por cólicas e coágulos, pode-se pensar em ameaça de aborto ou abortamento em curso. Procure a maternidade.

Após o quinto mês, ele também pode ter aspecto mais intenso, com coágulos e postas escuras, e ser acompanhado de contrações intensas e contínuas, palidez, sudorese, frequências cardíaca e de pulso aumentadas, o que pode corresponder ao descolamento prematuro de placenta. Procure a maternidade.

Nesse período, até mesmo quando a hemorragia é imotivada e sem dor, há possibilidade de ser placenta prévia, especialmente se o sangramento for intercorrente, progressivo e de coloração vermelha intensa. Procure a maternidade.

Diversas outras etiologias podem estar associadas ao sangramento, até a atividade sexual. Portanto, para garantir o seu próprio bem-estar e o do seu bebê, deve-se buscar atendimento médico para avaliação da vitalidade fetal, além das características do sangramento, como duração, qualidade e fatores de melhora e piora, e a verificação da possibilidade de uma intervenção adequada.

## **Ausência de movimentos fetais**

Os primeiros movimentos fetais são percebidos pela mãe entre 18 e 20 semanas (ao redor de quatro meses e meio), e, a partir dessa idade gestacional, eles começam a se tornar cada vez mais frequentes e fortes.

A ausência de movimentos fetais a partir do sexto mês por mais de quatro horas é um sinal de alerta, pois pode significar que o bebê não está bem. Como primeira medida, você deve deitar do lado esquerdo após ter ingerido algum alimento (idealmente nas duas primeiras horas após as refeições principais, pois isso provavelmente o “despertará”) e, com a mão na barriga, contar os movimentos fetais durante uma hora, sendo normal sentir de quatro a seis movimentos ou mais (outras informações no capítulo 1, no item “Outros exames”, subitem “Mobilograma e movimentos fetais”).

Se isso não acontecer, é indispensável a realização de exames médicos específicos, como a ausculta dos batimentos cardíacos

fetais e a cardiotocografia, para verificar a presença de resposta adequada ao estímulo sonoro. Com base nesses resultados será tomada a conduta médica, que poderá ser observacional, conservadora ou intervencionista.

## **Dor de cabeça intensa e contínua**

Dor de cabeça é relativamente comum na gestação, sobretudo quando as gestantes não se alimentam direito nem tomam bastante líquido. Geralmente a dor passa com o uso de paracetamol.

Quando a dor se torna intensa e contínua, entretanto, deve-se atentar para a possibilidade de doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), quando após 20 semanas de gestação ocorre o aumento da pressão arterial (> 140 x 90 mmHg). Então, é importante sempre medir a pressão.

## **Febre**

Febre maior que 38°C em gestante deve ser sinal de alerta, pois poderá ter efeitos prejudiciais sobre o bebê (se permanecer elevada por muito tempo) e por estar geralmente associada com infecção, que, de acordo com sinais e sintomas, vão direcionar o foco: pode ser uma simples virose, algum tipo de infecção urinária ou até mesmo do líquido amniótico.

Nessa condição, deve-se procurar a maternidade, onde serão feitos a consulta e exames laboratoriais. Também é interessante realizar algumas condutas na tentativa de controlar a febre enquanto aguarda o atendimento e as orientações médicas, como manter a hidratação e o repouso, utilizar compressas frias e roupas frescas. Os medicamentos devem ser prescritos pelo médico.



## **GESTAÇÃO NOS EXTREMOS ETÁRIOS**

### **Gestação na adolescência**

A adolescência é um período de transição entre a infância e a vida adulta. A menina passa por intensas transformações corporais e psicológicas até se tornar uma mulher. Trata-se de um momento de muitas contestações, novas experiências e novos relacionamentos.

A gravidez na adolescência na maioria das vezes é indesejada, o que gera muitas incertezas na jovem mãe. Não ter um companheiro fixo e o medo da reação dos pais e da comunidade muitas vezes resultam em abortos clandestinos e na ausência de acompanhamento pré-natal.

O apoio familiar mostra-se de fundamental importância durante toda a gestação. A jovem mamãe vai passar pelas transformações corporais comuns à gestação e deve estar psicologicamente preparada para elas. Recomenda-se que a gestante seja acompanhada por uma equipe multidisciplinar – médico, psicólogo e assistente social – e acima de tudo que realize o pré-natal desde o início da gestação, seguindo todas as recomendações médicas.

As gestantes adolescentes estão mais sujeitas a terem parto prematuro, pré-eclâmpsia, entre outras complicações obstétricas.

Outro ponto a ser lembrado é a orientação quanto ao planejamento familiar e à prevenção de novas gestações. Para isso, a adolescente pode participar de atividades educativas em grupos e individuais como forma de se preparar para a chegada da cegonha.

### **Gestação após 35 anos**

A mulher do século XXI não é somente dona de casa. Os tempos mudaram, e as mulheres modernas têm jornada dobrada: são mães, donas de casa e também trabalham fora. As mulheres lutaram por seu espaço na sociedade. Com todas essas mudanças e com o avanço dos métodos contraceptivos, a cegonha tem visitado cada vez mais tarde a casa das mamães de primeira viagem.

As chances de gestação diminuem com a idade, por conta de problemas ginecológicos e também por aspectos próprios da fertilidade feminina. Com isso, muitas mulheres acabam recorrendo a métodos que as auxiliam no processo de reprodução (hormônios que estimulam a ovulação, fertilização *in vitro*, inseminação artificial etc.). Cada método possui uma indicação específica e deve ser sempre indicado por um médico qualificado.

Orienta-se que, antes de engravidar, a mulher com mais de 35 anos procure seu médico para realizar exames de rotina que possam detectar doenças preexistentes.

A gestação é um período de grandes transformações para a mulher, que ao ver seu corpo mudando vive momentos de felicidade, ansiedade e medo. Por isso o apoio psicológico para a futura mamãe é essencial.

O pré-natal da gestante com mais de 35 anos é importantíssimo, pois permite diagnosticar, prevenir e tratar possíveis complicações na mamãe e no bebê.

Lembre-se sempre: alimente-se bem, não falte às consultas pré-natais e siga as orientações de seu médico, que logo a cegonha lhe fará uma visita.

## **DIFICULDADES COMUNS COM O RECÉM-NASCIDO**

### **Cólicas**

De modo geral as cólicas aparecem entre duas e três semanas de vida e surgem muitas vezes no mesmo horário. Podem desaparecer em minutos ou durar até horas. O choro costuma ser violento, com gritos agudos e altos, e o bebê faz extensão e flexão das pernas, fica avermelhado, não aceita alimentação e, após os episódios, elimina gases. Ainda, a irritabilidade e o choro ocorrem preferencialmente ao anoitecer. Para aliviar os sintomas, devem-se

fazer massagem abdominal, compressas mornas na barriga, colocá-lo deitado de bruços sobre a própria barriga (para aquecer a dele). As crises costumam desaparecer em torno dos 4 meses de vida do bebê. Quanto à cólica, não há nenhuma diferença se o bebê é do sexo masculino ou feminino, ou em relação à ordem de nascimento dos filhos.

## **Diarreia**

As fezes dos recém-nascidos geralmente são mais moles e mais frequentes, especialmente se alimentados no peito, por isso pode ser difícil identificar se o bebê apresenta algum episódio de diarreia. Mas, se o cocô estiver muito malcheiroso, apresentar muco e a frequência aumentar, além de o bebê apresentar febre ou aparentar perda de peso, provavelmente se trata de diarreia. Nessa situação consultar o pediatra. Deve-se manter a criança hidratada em casos de perda de peso e desidratação, por isso é importante dar líquidos a ela que não sejam à base de leite (leite materno é permitido).

## **Regurgitações**

Ocorrem em virtude da imaturidade dos mecanismos que impedem o refluxo do conteúdo gástrico no bebê pequeno. Com o tempo os vômitos e as regurgitações tendem a diminuir. Caso não diminuam, o pediatra deve ser consultado, para que não haja complicações. É importante colocar o bebê para dormir levemente inclinado quando estiver apresentando vômito ou regurgitações, para que não se engasgue nem se sufoque.

## **Assaduras**

A assadura, caracterizada por vermelhidão e ardência na pele do bebê, geralmente é causada pelo uso de fraldas e pelo contato prolongado da pele do bebê com a urina e as fezes. Para preveni-las trocar as fraldas do bebê sempre que necessário, e após o banho

também secar bem as dobrinhas de sua pele. Alguns cremes e pomadas específicos para assaduras também podem ser usados.

## Febre

A febre é um sintoma comum de diversas doenças e constitui um dos medos dos pais, porém trata-se de um mecanismo fisiológico de defesa do corpo contra organismos invasores que se proliferam na temperatura normal do corpo. Portanto, a temperatura elevada até certo grau (cerca de 38°C) pode ser aceitável, contudo passado o limite de tolerância é prejudicial, e então o pediatra tem de ser consultado.

## Alergias

Alergias são reações imunológicas exageradas contra algumas substâncias muito comuns e às vezes consideradas inofensivas.

### ■ Alergias respiratórias

Alergias respiratórias podem ser desencadeadas por poeira, fungos (mofo), pelos de animais domésticos, baratas, fumaça de cigarro, tintas, perfumes, entre outros. Essa reação alérgica pode se manifestar por meio de rinite, asma ou bronquite. Trocar roupas de cama constantemente, evitar tapetes e bichos de pelúcia, lavar filtros de ar-condicionado, evitar que animais de estimação fiquem no mesmo ambiente que a criança, entre outras medidas, pode ajudar a evitar esse tipo de reação.

### ■ Alergia alimentar

É causada mais comumente por substâncias presentes no leite de vaca, ovo, trigo e soja, manifestando-se por reações cutâneas ou gastrointestinais. Essas alergias muitas vezes podem ser provocadas por alimentos que a mãe consome, fazendo com que algumas

proteínas passem para o leite materno. Cólicas, diarreia e urticária são sinais muito comuns.

## **Dermatites**

Dermatites podem ser causadas por sabonetes, xampus, cremes, pomadas, perfumes e até o amaciante utilizado para lavar as roupas do bebê. Caso a mãe identifique ressecamento da pele, vermelhidão e coceira após o banho, deve-se tentar identificar o que está produzindo a reação alérgica e evitar o uso.

### ■ Tratamento e prevenção

Sempre que se verifique no bebê algum tipo de sinal de alergia, é preciso tentar evitar o contato dele com as substâncias que podem desencadeá-la, por isso ficar atento. Procurar um médico é essencial, para identificar qual o tipo de alergia por meio de testes cutâneos e a melhor forma de tratá-la.

## **Constipação**

Alguns bebês podem apresentar dificuldade para evacuar, o que leva a grande quantidade e endurecimento das fezes, além de dor ao defecar. O leite materno ajuda a proteger o bebê da constipação em virtude de algumas propriedades laxativas que apresenta. Fazer massagens no abdome e flexionar as pernas e coxas do bebê pode ajudá-lo.

## **Secreção purulenta no umbigo**

A onfalite é uma infecção bacteriana aguda caracterizada pela presença de hiperemia (vermelhidão) na pele ao redor do umbigo, com ou sem pus. Isso pode ser uma porta de entrada para sepsse neonatal, com envolvimento de agentes tais como *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, entre outros.

## **Conjuntivite**

É a infecção de um ou de ambos os olhos, podendo ter como causa irritação ou infecção.

## **DOENÇAS COMUNS**

É muito importante lembrar de consultar o pediatra sempre que o bebê apresentar algum sinal ou sintoma citado a seguir.

### **Caxumba**

Trata-se de uma doença infecciosa que provoca inflamação das glândulas parótidas, maxilares e sublinguais. Caracteriza-se por inchaço e dor na parótida (região da bochecha) e nas outras glândulas salivares infectadas, localizadas embaixo da mandíbula, além de febre, mal-estar, dor ao engolir e falta de apetite. Apesar de ser uma infecção benigna, alguns casos podem apresentar complicações.

### **Sarampo**

O sarampo caracteriza-se por manchas avermelhadas que têm início no rosto e progridem em direção aos pés. Se houver transmissão de mãe para feto, pode causar aborto ou parto prematuro. Alguns sintomas comuns do sarampo são: febre, mal-estar, tosse, coriza e conjuntivite, além de outras complicações, entre elas a pneumonia.

### **Rubéola**

É caracterizada por manchas vermelhas que aparecem na face e atrás das orelhas e que acabam se espalhando pelo corpo

inteiro. Assim como o sarampo, também pode haver transmissão de mãe para feto; essa é a forma mais grave, podendo causar malformações no bebê. Os sintomas são muito semelhantes aos da gripe (dor de cabeça, dor no corpo, coriza, febre, entre outros).

## **Coqueluche**

A coqueluche apresenta sintomas que nos primeiros dias podem ser confundidos com os de gripe, como febre baixa, espirros, coriza, tosse, lacrimejamento. Progride com aumento da tosse, podendo causar falta de ar e vômitos. Passadas algumas semanas os sintomas desaparecem. A vacina contra coqueluche (tríplice bacteriana) faz parte do calendário de vacinação infantil.

## **Catapora**

A catapora é uma doença altamente contagiosa, porém, uma vez em contato com o vírus, ocorre imunização permanente. Alguns sintomas são: febre entre 37,5 e 39,5°C, falta de apetite, mal-estar, dor de cabeça e cansaço, e surgem manchas avermelhadas que evoluem para pequenas bolhas.

## **Paralisia infantil (poliomielite)**

É uma doença contagiosa, transmitida pelo contato com fezes ou com secreções bucais de pessoas infectadas, e pode ou não causar paralisia. Geralmente a infecção mostra-se assintomática, e em casos de manifestação de sintomas eles variam de acordo com a gravidade da infecção. A vacina contra a poliomielite (vacina da gotinha) está disponível no calendário de vacinação.

## **Asma infantil**

A asma é uma doença caracterizada por reação alérgica que resulta em constrição das vias aéreas, diminuindo assim a passagem de ar e provocando falta de ar. Tal reação alérgica pode ser causada por contato com animais, poeira, alguns medicamentos, produtos químicos, fumaça de cigarro, emoções fortes, entre outros. Alguns sintomas podem ser observados durante as crises: respiração curta, falta de ar, dificuldade de expirar o ar e respiração rápida, cansaço, olheiras, tosse, entre outros.

## **Bronquiolite**

É uma infecção dos brônquios do bebê causada por um vírus. Bebês com bronquiolite apresentam respiração rápida com dificuldade para expirar, febre, tosse e chiado no peito.

## **Pneumonia**

A pneumonia é uma infecção dos pulmões, que pode ser causada por diversos fatores. Os sintomas incluem tosse, confusão mental, febre, mal-estar, falta de ar e secreção purulenta. É extremamente importante consultar o pediatra caso a criança apresente algum sintoma como esse, pois a pneumonia é uma das principais causas de morte em crianças se não for tratada.

## **Fenda palatina e lábio leporino**

Trata-se de malformações congênitas: no lábio leporino, uma fenda divide o lábio superior em dois segmentos; na fenda palatina, a fenda atinge o céu da boca, fazendo com que haja uma conexão entre a boca e a cavidade nasal. O tratamento acontece por cirurgia plástica para correção inicial, com continuação do tratamento no decorrer do crescimento da criança.



## SHANTALA (MASSAGEM PARA O BEBÊ)

*Ser levados, embalados, acariciados, pegos, massageados, constitui para os bebês alimentos tão indispensáveis, se não mais, do que vitaminas, sais minerais e proteínas. Se for privada disso tudo e do cheiro, do calor e da voz que ela conhece bem, mesmo cheia de leite, a criança vai se deixar morrer de fome.*

*Frédéric Leboyer*

Shantala é um contato mais harmônico entre a mãe e seu bebê, uma tradição milenar, transmitida tradicionalmente de mãe para filha. Essa massagem foi introduzida no Ocidente pelo médico obstetra Frédéric Leboyer, na década de 1970. Em uma viagem à Índia, mais precisamente Calcutá, Leboyer deparou com uma mulher sentada na calçada massageando seu filho. Para ela o tempo parecia não existir; a presença do toque em seu filho mostrava a harmonia e o ritmo que encantaram o médico. Essa mulher se chamava Shantala. Foi ela que ensinou a técnica e se deixou fotografar. Assim que voltou ao Ocidente, Leboyer começou a ensinar tal técnica e, em homenagem àquela mulher, deu à massagem o nome de Shantala.

O toque é um dos meios mais poderosos para a comunicação humana, com enriquecimento do relacionamento entre pais e filhos. O contato entre a mãe e o filho tem importância vital para o relacionamento, porque possibilita o fortalecimento e o vínculo, contribuindo para o desenvolvimento físico e emocional do bebê. Quando o bebê é tocado, acariciado e massageado, tem mais possibilidades de crescer alegre, independente e afetivo.

A massagem deve ser feita numa relação de profundo amor, união e concentração, visando à perfeita harmonia entre mãe e filho. Nesse momento, os dois unidos produzem uma interação perfeita, tornando-se fácil deixar que a energia flua e a troca se faça – mãe e filho dando e recebendo, olhando-se nos olhos, conversando num profundo silêncio.

O bebê sente, fala, ouve, recebe e dá por meio de vibrações. O alimento do bebê, mais do que o leite materno, é a vibração,

reconhecida como emoção: boa e má. Pela pele ele se alimenta mais do que pelo estômago, tanto física quanto emocionalmente. Sua pele é um radar captando permanentemente todo e qualquer estímulo. Esse toque, essa massagem, é mais importante do que proteínas, vitaminas e sais minerais.

A Shantala destina-se a recém-nascidos a partir de 1 mês de idade aproximadamente, e não há limites para começar e continuar. A partir do primeiro mês, o bebê já está com a pele mais preparada. Muitas vezes ele descama, troca a pele. Também o umbigo já está cicatrizado. Apesar de ser um contato carinhoso, a Shantala tem um toque profundo e forte, não é superficial, faz alongamentos e trabalha a musculatura e as articulações.

Portanto, pode ser feita em crianças maiores também, com adaptações da técnica. Trabalha sobretudo a relação mãe-bebê (que também pode ser pai-bebê), relaxando a criança, eliminando tensões e bloqueios, aliviando cólicas, prisão de ventre, insônias, enfim, equilibra todo o sistema nervoso, energético e emocional. Traz segurança e autoestima, a criança se sente amada. Pode e deve ser usada como prevenção de neuroses e doenças e aumenta o sistema imunológico. Dirigida a todas as crianças com desenvolvimento no padrão normal, para aprimorar a relação com os pais. Pode ainda ser aplicada adequadamente em bebês que tenham tido traumas de nascimento, com carência afetiva, com problemas neurológicos e até nos casos de diversos comprometimentos; nessas circunstâncias a aplicação da massagem deve ser individualizada, ou seja, adequada a cada situação e complementar a outros recursos terapêuticos.

## **Contraindicação**

Só não se deve praticar a Shantala quando o bebê estiver muito doente ou nas crises de cólica. Tal massagem é preventiva, mas na hora da crise não dá para aplicar. É preciso que a criança participe da prática e concorde com ela. Na crise de cólica o bebê chora muito, se contorce. Outra contraindicação seria para doenças de pele que impeçam o toque.

O bebê não deve estar dormindo, com frio ou com resfriado intenso ou febre, pois a Shantala ativa a circulação, podendo elevar sua temperatura. Ela é contraindicada, ainda, se a criança estiver com diarreia, pois o efeito relaxante poderá intensificar tal estado.

## Ambiente

A Shantala deve ser feita num ambiente calmo, silencioso ou com uma música bem tranquila (de preferência sempre a mesma), instrumental ou relaxante. Também é importante a preparação do bebê e da mãe, ou de quem vai aplicar a massagem.

No verão pode ser realizada ao ar livre, precedida de um aquecimento ao sol, tanto do óleo quanto do bebê, e no inverno deve ser feita em um ambiente pré-aquecido.

## Orientações gerais

Essa massagem é recomendada após o bebê completar 1 mês e pode ser praticada até a idade pré-escolar.

Para não machucar o bebê, evite fazer a massagem com unhas compridas, anéis e adornos.

O adulto que vai aplicar a massagem também deve se preparar, já que a criança é muito receptiva, sendo necessário que ele esteja bem-disposto, relaxado e procure se abstrair de todos os problemas e ansiedades, para que não passe isso pelo seu contato com o bebê.

A criança não deve estar de estômago cheio nem vazio; evite a Shantala quando o bebê estiver com fome ou imediatamente após ele se alimentar.

Ele tem de estar predisposto e participativo. Trata-se de uma troca energética. De forma alguma deve ser imposta. É uma massagem prazerosa, e ele vai descobrir isso e passar a gostar dela, esperando-a a cada dia.

A massagem pode ser feita ao sol (até 10 horas da manhã) ou em quarto aquecido, para o bebê não sentir frio, pois ele deve estar totalmente despido.

Respeite o ritmo do bebê, fazendo a massagem no horário mais adequado a sua rotina. É importante que seja diária, podendo ser feita até duas vezes ao dia, sempre diurna, sem quebrar o ritmo do bebê; muito pelo contrário, deve auxiliá-lo no ajuste desse ritmo, proporcionando uma autorregulação. A melhor hora é aquela em que o bebê está de acordo com tais condições, e não a hora imposta pelo adulto.

Para que a massagem seja muito mais prazerosa, é feita com um óleo vegetal. Na Índia é tradição o óleo de coco no verão e o de mostarda no inverno. Aqui adaptamos no inverno o óleo de amêndoas, que preserva mais o calor na pele. Importa que o óleo seja vegetal e não mineral e esteja preaquecido (levemente). O óleo vai ser um ótimo condutor dos movimentos, evitando atritos na sensível pele do bebê. O óleo deve ser totalmente puro e natural, ou seja, sem químicas nem perfumes, pois a criança vai absorvê-lo pelos poros e também possivelmente levará as mãos à boca.

## Preparativos

Coloque uma roupa confortável e providencie um colchonete para, se possível em contato com a natureza, sentar-se ereta, com as pernas estendidas. Nunca faça a Shantala em cima de camas ou mesas, mas sobre suas próprias pernas, do contrário não se conseguirão os benefícios buscados.

A criança deve estar nua e colocada sobre as pernas. O mesmo ritmo deve ser mantido do início ao fim, sem acelerações.

Aplique um óleo para o corpo (apropriado para bebês) nas mãos, fricção uma na outra para aquecê-las e depois passe no bebê. Nunca coloque o óleo diretamente na pele da criança.

Durante a massagem, olhe e converse ou cante para o bebê. Concentre-se apenas nele e na maravilhosa comunicação que esse momento possibilitará a vocês.

Por si sós, as mãos vão acentuando a pressão e a intensidade. O aconchego vai deixar a criança muito mais segura e feliz, além de relaxada, fazendo desaparecer no bebê progressivamente tudo o que exista de tensão muscular.

## Técnica

### ■ Primeira fase

#### “Aplainar o peito”



**Figura 1** – Esse primeiro toque facilita a ampliação da respiração. Coloque as duas mãos sobre o centro do peito do bebê. Do centro para fora, deslize as mãos, uma para cada lateral, como se estivesse alisando as páginas de um livro.

#### “Cruzar o peito”



**Figura 2** – Essa técnica traz equilíbrio e harmonia. Coloque sua mão direita sobre o lado esquerdo do quadril do bebê e vá deslizando até o ombro direito. Termine com um toque no ombro do bebê. Faça do mesmo modo com a mão esquerda, para alcançar o ombro esquerdo. As duas mãos vão se alternando em cruz lentamente, mantendo o ritmo e a intensidade.

### *Braços*

A massagem nos braços e mãos, assim como nas pernas e pés, fortalece os músculos e as articulações, ativa a circulação e estimula o sistema nervoso, preparando o bebê para engatinhar e andar.

“Deslizar do ombro ao pulso”



**Figura 3** – Esse exercício dá noção de contorno e limite do bracinho. Uma das mãos segura o ombro do bebê, como um bracelete, e a outra segura o pulso. Vá deslizando a mão do ombro para o pulso. Quando elas se encontram, trocam de posição: a mão que segurava o pulso passa a segurar o ombro, recomençando o movimento. As mãos vão deslizando e se alternando sempre do ombro para a mãozinha.

“Tornear o bracinho com movimentos de torção”



**Figura 4** – Com as duas mãos juntas, segure o bracinho do bebê na altura do ombro. Comece a escorregar as duas mãos em direção ao pulso como se estivesse torneando o bracinho. As mãos devem se movimentar ao mesmo tempo, mas em direções opostas. Chegando ao pulso, reinicie o movimento pelos ombros. Antes de ir para o outro braço, massageie a mãozinha.

## Mãos



**Figura 5** – Com seu dedo polegar, massageie do centro da palma da mãozinha em direção a cada dedinho.



**Figura 6** – Se o bebê ficar com as mãozinhas fechadas e oferecer resistência para abri-las, não force. Agora vire o bebê para massagear o outro bracinho e mãozinha.

## Ventre/barriga

Esses dois movimentos facilitam o funcionamento dos intestinos e a eliminação dos gases, trazendo alívio das cólicas, além de tonificar os músculos abdominais.

“Pressão em ondas com as mãos”



**Figura 7** – Coloque uma das mãos na base do peito e deslize-a em direção ao ventre, tocando levemente os genitais. Faça o movimento de forma intensa, como se quisesse esvaziar o ventre. Quando uma mão termina o movimento, a outra recomeça, e assim sucessivamente.



“Pressão em ondas com o antebraço”



**Figura 8** – Segure os pés do bebê com a mão esquerda, mantendo as perninhas esticadas. Com o antebraço direito vá deslizando do peito até o ventre. Quando terminar, retorne ao peito e recomece o movimento.

*Pernas*

“Deslizar da coxa aos tornozelos”



**Figura 9** – Faça como fez com os bracinhos, deslizando da coxa em direção aos tornozelos, terminando nos pezinhos.

“Tornear a perninha com movimentos de torção”



**Figura 10** – Deslize em movimentos de torção, sempre da coxa para os tornozelos. Antes da outra perna, massageie o pezinho.



## *Pés*

### “Massagem na planta dos pés”



**Figura 11** – Massageie com suavidade, pois os pezinhos do bebê são muito sensíveis. O seu polegar deve partir do calcanhar em direção a cada dedinho.



**Figura 12** – Em seguida, passe a palma da sua mão na sola do pezinho do bebê. Agora massageie a outra perninha e o outro pezinho.

Coloque o bebê de barriga para baixo em posição transversal em relação ao seu corpo.

## ■ Segunda fase

### *Costas*

Alivia a tensão acumulada entre vértebras, causada pelo fato de o bebê ficar muito tempo deitado. Além disso, traz equilíbrio e harmonia.

“Duas mãos descendo e subindo”



**Figura 13** – Coloque suas mãos juntas, paralelas, na nuca do bebê. Alterne as mãos para a frente e para trás, deslizando ao mesmo tempo da nuca em direção às nádegas e das nádegas em direção à nuca. As mãos vão e vêm, descendo e subindo, mantendo o ritmo, lentamente.

“Uma mão descendo até as nádegas”



**Figura 14** – Sustente as nádegas do bebê com a mão direita. A mão esquerda parte da nuca e desliza em direção à mão direita, que permanece estática. Recomece o movimento pela nuca.

“Uma mão descendo até os calcanhares”



**Figura 15** – Segure os pezinhos com a mão direita, mantendo as perninhas esticadas e ligeiramente elevadas. A mão esquerda parte da nuca, massageando as costas, continuando o movimento até os calcanhares. Recomece o movimento sempre pela nuca.

## Rosto

Vire novamente o bebê de barriga para cima.

Se tiver excesso de óleo nas mãos, limpe-as. A massagem no rosto estimula a musculatura, preparando o bebê para melhor expressar os sentimentos – raiva, prazer, riso ou choro.

### “Contorno dos olhos” – frente



**Figura 16** – Com a ponta dos dedos, parta do centro da testa e deslize para os lados, ao longo das sobrancelhas. Reinicie sempre pelo centro e a cada movimento avance um pouco mais, até contornar ao redor dos olhos.

### “Lados do nariz”



**Figura 17** – Esse movimento ajuda a desobstruir as narinas. Coloque os dois polegares entre os olhos, no alto do narizinho. Deslize pelas laterais até as narinas e suba novamente com mais intensidade. Repita o movimento várias vezes.

### “No rosto todo”



**Figura 18** – Com os polegares, feche os olhinhos do bebê e parta das sobrancelhas. Passe suavemente pelos olhos, pela lateral das narinas, contorne a boca e acompanhe o maxilar inferior, em direção às orelhas.

## ■ Exercícios finais

No final da sequência dos movimentos, para complementar, temos exercícios que trabalham a respiração, a circulação sanguínea e as articulações, proporcionando perfeitos alongamentos que o bebê vai adorar. Esses movimentos são mais dinâmicos.

### *Braços*



**Figura 19** – Esse exercício libera a tensão das regiões cervical e dorsal. Libera também a caixa torácica e a respiração superior. Segure as mãozinhas do bebê e cruze os bracinhos sobre o peito, fechando e abrindo. Alterne a posição dos bracinhos e faça quantas vezes achar necessário.

### *Pernas e braços*



**Figura 20** – Esse exercício libera a tensão das vértebras, especialmente da região lombar. Segure um pé do bebê e a mão do lado oposto, cruzando braço e perna, de forma que o cotovelo se aproxime do joelho da perna oposta. Faça o mesmo movimento com a outra perna e o outro braço.

## Pernas



**Figura 21** – Esse movimento relaxa as articulações da pélvis e dos ligamentos com a base da coluna. Segure os dois pés e cruze as perninhas sobre o ventre, fechando e abrindo. Abra as perninhas, estenda-as e cruze novamente, invertendo a posição.

Ainda como dica, podemos ensinar outros dois exercícios que ajudam no processo de eliminação de gases e funcionamento do intestino. São eles:



**Figura 22** – Unir as perninhas, dobrar, aproximando do ventre, e esticar.



**Figura 23** – Segure as perninhas e faça o movimento de bicicleta.

Os exercícios estão terminados. Agora é hora do banho para completar a massagem.



**Figura 24** – Nesse momento o banho complementa a massagem, além de exercer a função higiênica. Por isso deixe o bebê relaxar um pouco na água, antes de iniciar sua higiene completa. A água morna é reconfortante e relaxante, pois envolve as regiões que as mãos não tocaram. Para o bebê, o banho traz de volta as

doces sensações de sua vida uterina, e para você é mais um momento de contato e de prazer.

A criança que é massageada se sentirá amada e, portanto, ficará mais segura. A massagem alivia tensões localizadas e relaxa muito, além de amenizar ou prevenir cólicas. Conseqüentemente, o bebê dormirá bem e terá um desenvolvimento psicomotor muito melhor. Enfim, será uma criança calma, tranquila e ao mesmo tempo ativa e inteligente. As crianças com traumas de vida intrauterina e de nascimento e com carências diversas são as que mais necessitam desse toque mágico.

O poder das mãos é incontestável; o tato dissolve todas as tensões e transmite calor humano. Por isso a massagem precisa ser feita com o bebê sobre as pernas de quem a aplica, para que ele se sinta protegido. Teremos, assim, futuros adultos mais equilibrados, mais harmonizados com o mundo e consigo mesmo.