

CONSTRUINDO O CUIDADO NECESSÁRIO PARA A MAMÃE E O SEU BEBÊ

Um diálogo com profissionais de saúde
sobre atenção à saúde da mulher,
da gestante e do recém-nascido

Realização

Patrocinador Máster

Parceiro Executor



Save the Children





Save the Children

CONSTRUINDO O CUIDADO NECESSÁRIO PARA A MAMÃE E O SEU BEBÊ

Um diálogo com profissionais de saúde
sobre atenção à saúde da mulher,
da gestante e do recém-nascido

1ª Edição

Petrolina

Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente

2014



Save the Children

CONSELHO ADMINISTRATIVO

Presidente

Carlos Antonio Tilkian

Vice-Presidente

Synésio Batista da Costa

Secretário

Bento José Gonçalves Alcoforado

SECRETARIA EXECUTIVA

Administradora Executiva

Heloísa Helena Silva de Oliveira

Gerente de Desenvolvimento de Programas e Projetos

Denise Maria Cesario

Gerente de Desenvolvimentos Institucional

Victor Alcântara da Graça

PROJETO SALVANDO VIDAS DE CRIANÇAS NO NORDESTE DO BRASIL

Daniela Florio, Luylla Karina, Ricardo Muniz, Silvoney Matos Jr.

FICHA TÉCNICA

Texto

Equipe do CNMP: Maria Verônica Guedes, Diana Mores e Regine Marton

Edição

Silvoney Matos Jr.

Leitura Crítica

Denise Maria Cesario

Colaboração

Aline Cristina de Franca, Gislaine Cristina de Carvalho e Stéfany Terceiro dos Santos

Revisão de Texto e Copy Desk

Eros Camel | © Camel Press

Projeto Gráfico

Daniela Jardim

Ilustração

Regina Ferreira de Souza e Vanessa Alexandre

Tiragem

500

ISBN

978-85-88060-59-3

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
PLANEJAMENTO FAMILIAR E CONTRACEPÇÃO	7
DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS	8
MENSTRUAÇÃO	9
CONTRACEPÇÃO	11
CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA A UTILIZAÇÃO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	20
GRAVIDEZ	24
GUIA DA GESTANTE E DO BEBÊ	26
COMO GARANTIR ESSES DIREITOS E ONDE OBTER APOIO	27
ACOMPANHAMENTO AO PRÉ-NATAL	28
DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ	29
DESCONFORTOS DURANTE A GESTAÇÃO	32
ALIMENTAÇÃO NA GRAVIDEZ	34
O QUE COMER E O QUE EVITAR	35
SITUAÇÃO DE RISCO NA GRAVIDEZ	38
MORTE MATERNA	40
PARTO	43
MODELOS DE ATENDIMENTO DE PARTO NORMAL (FISIOLÓGICOS)	45
QUEM SÃO OS PROTAGONISTAS DO PARTO	45
O QUE ACONTECE DURANTE UM PARTO	47
DIREITOS DA MÃE DURANTE O PARTO	50
INTERVENÇÕES QUE PREJUDICAM A MÃE E O BEBÊ DURANTE O PARTO, E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	51
VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL	54
O BEBÊ NASCEU, O PARTO ACABOU?	56
O RECÉM-NASCIDO	57
PERÍODO PÓS-PARTO IMEDIATO	58
O QUE SERIA ACONSELHÁVEL PARA O ACOMPANHAMENTO DO RECÉM-NASCIDO	59
O QUE NÃO PODE SER FEITO COM O BEBÊ	60
O QUE O RECÉM-NASCIDO FAZ PARA MOSTRAR QUE ESTÁ COM FOME, FRIO, CALOR, MOLHADO OU SUJO	62
PRIMEIRA CONSULTA DO BEBÊ	65
SINAIS DE PERIGO PARA O BEBÊ	67
CASOS ESPECIAIS E BEBÊS PREMATUROS	68
ANEXOS	69
BIBLIOGRAFIA/REFERÊNCIAS	70

APRESENTAÇÃO

O Brasil tem feito progressos na redução da taxa de mortalidade infantil e da infância nos últimos anos, mas 50.000 crianças com menos de cinco anos ainda morrem todo ano no país, e as crianças da região Nordeste têm duas vezes mais propensão a morrer nessa fase da vida do que as crianças do Sudeste.

Cerca de 80% dessas crianças morrem antes de completar um ano, e metade delas vão a óbito durante os primeiros sete dias de vida. O governo está ciente de que os bebês recém-nascidos estão morrendo por causas evitáveis, e reconhece que os óbitos estão relacionados a “condições socioeconômicas insatisfatórias, saúde materna precária e serviços de saúde inadequados durante a gravidez, o parto e a infância”.

Dentro desta perspectiva, o **Projeto Salvando Vidas no Nordeste do Brasil** está determinado a contribuir para pôr fim às mortes maternas e infantis que podem ser prevenidas no Nordeste do país, e ajudar essas crianças a terem uma vida saudável e segura. A parceria com a Reckitt Benckiser foi fundamental, permitindo-nos implantar o projeto de saúde infantil e materna e garantir que crianças, gestantes e puérperas (mulheres que acabaram de dar à luz) em Pernambuco sejam capazes de sobreviver.

O Projeto surgiu diante da identificação de uma série de dificuldades de mães e crianças terem acesso a serviços de pré-natal, parto, puerpério, nutrição, assim como informações sobre diabetes, hipertensão, cuidados com o bebê e a saúde sexual e reprodutiva.

A Fundação Abrinq - Save the Children organizou, por meio do Projeto, uma série de ações no período de 2012 a 2016 para viabilizar à população de alguns municípios do Nordeste atividades de apoio ao poder público e à sociedade que resultem na melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Aqui você encontrará informações referentes ao cuidado voltado a gestantes e crianças e sobre os direitos sexuais e reprodutivos da mulher.

PLANEJAMENTO FAMILIAR E CONTRACEPÇÃO



DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, Egito, os direitos sexuais e reprodutivos passaram a ser reconhecidos como direitos humanos. Por isso, o Estado tem o dever de implementar políticas públicas que garantam o direito à saúde sexual e reprodutiva.

Direito sexual

É o direito da pessoa de decidir sobre o seu corpo e tudo o que tem a ver com a sua sexualidade, sem preconceito, discriminação, coerção ou violência. É o direito de escolher quais tipos de relações vai ter e com qual parceiro, ou parceira, de expressar sua sexualidade.

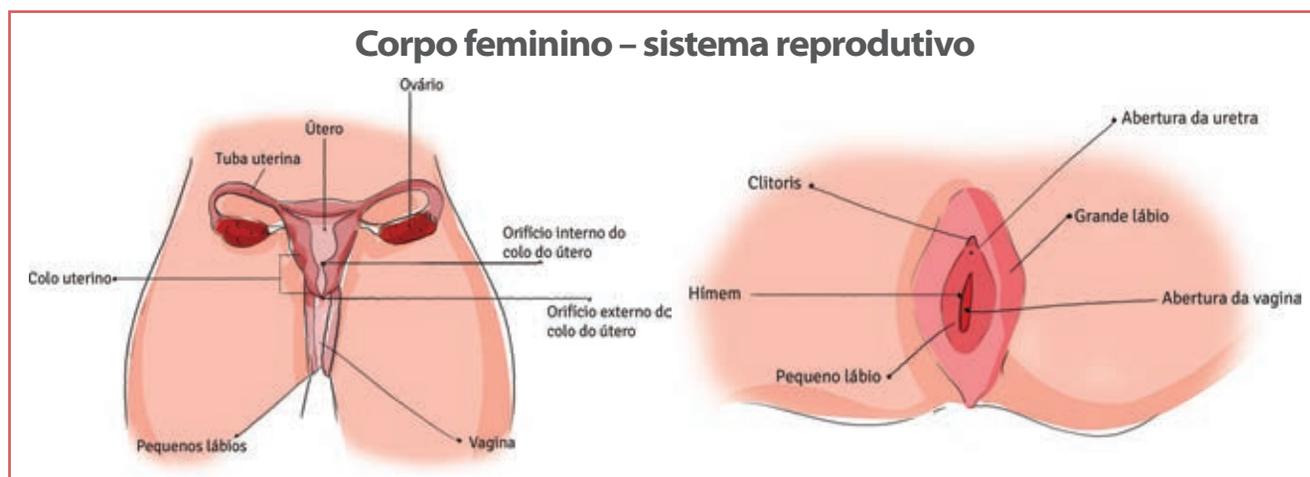
Direito reprodutivo

É o direito de decidir se quer ou não ter filhos, quando e com que frequên-

cia. É o direito da mulher de tomar decisões sobre sua vida reprodutiva sem coerção e influência dos outros. Isso significa que é fundamental o acesso e a qualidade que o homem e a mulher têm aos serviços de saúde nas áreas de planejamento familiar, tratamento e opções quando não conseguem engravidar, um atendimento de qualidade durante a gravidez, parto e pós-parto, e acesso à informação sobre prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e Aids.

Conhecimento dos órgãos reprodutores internos e externos da mulher

O corpo humano é bastante complexo e nem todas as pessoas têm um bom conhecimento de como ele funciona. Por isso, é importante para a educação da mulher conhecer a anatomia do seu corpo e todos os métodos anticoncepcionais existentes de maneira eficaz.



MENSTRUAÇÃO

É a eliminação periódica, através da vagina, do endométrio uterino (ou mucosa uterina). O óvulo em desenvolvimento, comandado pela glândula hipófise, produz os hormônios ovarianos, estrogênio e progesterona, que promovem o desenvolvimento endometrial próprio para a gestação. O ovócito (célula que dá origem ao óvulo) não fecundado se degenera e sai do corpo com o muco uterino (ou endométrio), sangue e hormônios. A menstruação é a consequência e a demonstração fisiológica do período fértil da mulher, que se dá quando não há fecundação do óvulo.

Em condições normais, este fenômeno ocorre, em média, de 28 em 28 dias, e tem uma duração de três a sete dias. Mas é frequente se ver ciclos de 21 e outros de até 32 dias de duração.

O ciclo menstrual se mede do primeiro dia da menstruação até o primeiro dia da menstruação do período seguinte.

PARA LEMBRAR:

A mulher sempre ovula 14 dias antes do primeiro dia da menstruação seguinte, e não 14 dias depois.

Exemplos de ciclos

Ciclo de 28 dias:

- Primeiro dia de menstruação: 1 de outubro;
- Próxima menstruação: 29 de outubro;
- Dia da ovulação: 15 de outubro, ou seja, 14 dias antes do dia 29 de outubro.

Ciclo de 24 dias:

- Primeiro dia de menstruação: 1 de outubro;
- Próxima menstruação: 25 de outubro;
- Dia da ovulação: 11 de outubro, ou seja, 14 dias antes do dia 25 de outubro.

E a tensão pré-menstrual (TPM)?

É a fase antes da menstruação. Nela, a mulher pode sentir desconfortos, edemas, irritação e uma maior sensibilidade.



HISTÓRIAS LUNARES

Existem estudos que mostram que a maioria das mulheres menstrua na Lua Nova, e ovula e engravida na Lua Cheia. Isso sugere que a Lua tem uma influência muito grande sobre os ciclos menstruais. Muitas parceiras acreditam que a Lua Cheia pode, por exemplo, iniciar um trabalho de parto. Ao se consultar os livros das maternidades, pode-se constatar que normalmente há muito mais mulheres dando à luz perto da Lua Cheia do que em qualquer outra época do mês.

Sabe-se também que mulheres que vivem numa mesma casa, habitam conventos, frequentam uma mesma faculdade etc. têm a tendência de menstruar juntas.

Olhando de novo para as fases da Lua, e pensando sobre esta relação entre a Lua Nova e a menstruação, e a Lua Cheia e a ovulação, é durante a fase entre a menstruação e a ovulação que começa a fabricação dos hormônios FSH (folicúlo-estimulante) e LH (luteinizante) - responsáveis pela maturação do óvulo. Nesse período, a mulher está mais inspirada, com a sensibilidade mais aberta e receptiva.

Entre a ovulação e a menstruação, dois hormônios, a progesterona e o estrógeno, têm um papel importante para a mulher voltar a menstruar. Neste período, ela pode sentir depressão, introversão, irritação, diminuição de energia e a necessidade de refletir sobre a vida.

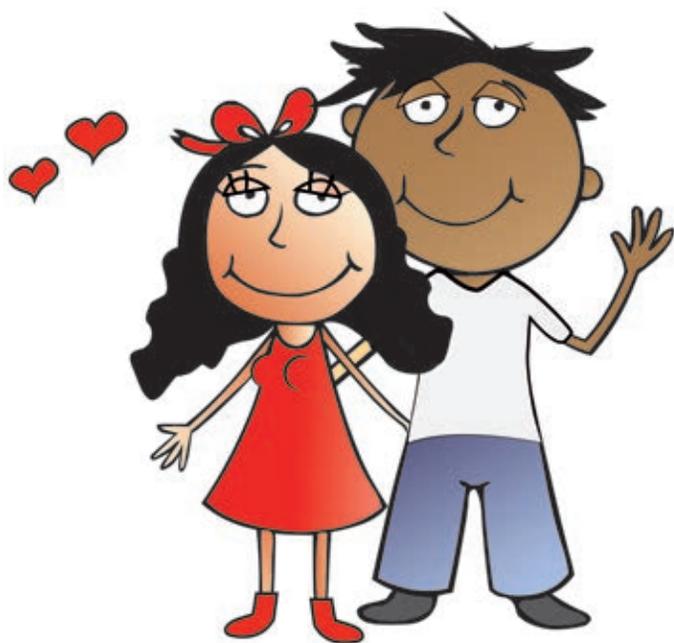
Alguns fatores associados à TPM:



- Consumo elevado de laticínios (leite, iogurte, queijo e sorvete);
- Consumo excessivo de cafeína na forma de refrigerantes, café ou chocolate;
- Consumo excessivo de açúcar refinado e ausência de consumo de verduras;
- Alto nível de estrogênio no sangue, associado com deficiências de vitamina B complexa, especificamente B6 e B12;
- Excesso do hormônio estrogênio por consumo demasiado de gorduras na dieta;
- Baixos níveis de vitaminas C, E, e selênio. Como com as vitaminas B, o fígado precisa dessas substâncias para poder processar o estrogênio com eficiência;
- Baixo nível de progesterona, o hormônio que trabalha para balancear o excesso de estrogênio.

Observação: Na cultura popular, ainda existem alguns tabus associados ao período menstrual, como não ingerir frutas cítricas, não molhar a cabeça, não ter relações sexuais, mas que na verdade não prejudicam a saúde e podem ser ignorados.

Planejamento familiar



O planejamento familiar é um ato consciente que torna possível ao casal programar quantos filhos terá e quando os terá. Permite às pessoas e aos casais a oportunidade de escolher entre ter ou não filhos de acordo com seus planos e expectativas.

Métodos contraceptivos

Os métodos contraceptivos são meios

pelos quais as pessoas em idade fértil e vida sexual ativa podem evitar a gravidez. Alguns desses métodos também contribuem na proteção de doenças/infecções sexualmente transmissíveis – DST, a exemplo dos preservativos masculinos e femininos.

CONTRACEPÇÃO

Refere-se à prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade (esterilização reprodutiva). Entre os meios comuns de anticoncepção reversíveis estão métodos naturais de planejamento familiar, anticoncepcionais ou dispositivos anticoncepcionais.

Finalidade do planejamento familiar

Planejar melhor o período adequado, os recursos financeiros e estar seguro físico e emocionalmente para criar filhos num ambiente saudável e sereno são motivos importantes para a mulher ser agente ativa na escolha do momento da gravidez.

Com relação aos métodos contraceptivos, é importante saber:

Eficácia: Todo método é 100% eficaz? Não. Por exemplo, a camisinha, tanto masculina como feminina, pode estourar ou furar mesmo sendo usada

de forma correta, a pílula pode perder a eficácia se ingerida junto com antibióticos, e a laqueadura (esterilização feminina pelo corte e/ou ligamento cirúrgico das tubas uterinas, que fazem o caminho dos ovários até o útero) pode falhar, embora isso seja muito raro.

Aceitabilidade: Nem toda mulher gosta de tomar um medicamento todos os dias na mesma hora, ou ter que fazer uso de um preservativo no momento da relação sexual, apesar de este ser o método mais eficaz na prevenção das DSTs e do vírus HIV, responsável pela Aids. Portanto, um método contraceptivo deve considerar a facilidade de uso e o conforto.

Efeitos secundários: Algumas mulheres podem ter efeitos colaterais com o uso do método hormonal, como dor de cabeça, enjôos, irritabilidade, perda ou ganho de peso etc.

Disponibilidade: Quais são os métodos disponíveis nos postos de saúde do seu município?

É importante que os profissionais das Unidades Básicas de Saúde possuam conhecimentos, ofereçam informações e orientem sobre procedimentos adequados em relação aos tipos e

efeitos colaterais de cada método disponível para melhor orientar a mulher de maneira objetiva e imparcial, sem impor crenças pessoais e subjetivas.

Existem vários tipos de métodos anticoncepcionais

- Métodos naturais.
- Contraceptivos hormonais.
- Contraceptivos mecânicos e de barreiras.
- Métodos irreversíveis.

Métodos naturais

Muitos desses métodos podem ser combinados para ajudar a mulher a determinar com o máximo de precisão o seu período fértil.

Tabelinha: Ogino-Knaus

Este método é mais conhecido como tabelinha ou calendário. Baseia-se na abstinência sexual durante o período fértil da mulher para evitar que o óvulo seja fecundado/fertilizado.

É um método arriscado, que apresenta alto índice de falha e, geralmente, é utilizado associado a outros métodos.

A mulher que vai fazer uso dessa estratégia deve regularmente anotar as datas das últimas menstruações (entre as seis e 12 últimas) para estimar o período fértil.

Método da temperatura corporal basal

Baseia-se na observação da alteração térmica que ocorre no corpo da mulher no período da ovulação, que é provocado pela ação do aumento da progesterona no organismo feminino. O método é bastante preciso, porém, a mulher precisa ter muita dedicação, porque a temperatura deve ser medida de manhã, com o corpo ainda em repouso, o que nem sempre é possível devido aos compromissos e imprevistos que fazem parte do cotidiano.

Método do muco cervical ou billings

Consiste em acompanhar as alterações do muco cervical – secreção produzida no colo do útero – provocadas pela ação hormonal.

Esse método, assim como o da tabelinha, é bastante exigente e não permite que a mulher tenha relações sexuais no seu período fértil, além de ter um conhecimento do seu próprio corpo. A mulher precisa introduzir os dedos na vagina para verificar a consistência do muco, que no início do ciclo menstrual é bastante espesso e gomoso, o que dificulta o acesso dos espermatozoides ao canal cervical (do colo do útero), porém no período fértil o muco tem consistência de clara de

ovo e produz, na vulva, uma sensação de umidade e lubrificação.

Método sinto-térmico

O método baseia-se na combinação e observação dos sinais, sintomas e comportamentos relacionados com a temperatura corporal basal (TCB – temperatura imediatamente após o despertar e antes de qualquer atividade) e o muco cervical associado a outros sintomas – físicos e/ou psicológicos – como enxaqueca, variações de humor, dor nas mamas, acnes e distensão abdominal, entre outros.

Método do colar

Requer a análise do padrão menstrual da mulher nos últimos seis meses, mas apenas para verificar se os ciclos não foram mais curtos que 27 dias nem mais longos que 31. As mulheres com ciclos mais curtos ou mais longos que 27 e 31 dias, respectivamente, não podem utilizar este método.

Utiliza-se um colar de contas para identificar os dias férteis e inférteis de cada ciclo. O colar começa com uma conta de cor vermelha, que sinaliza o primeiro dia da menstruação. Segue-se por sete contas de cor marrom, que indicam o período infértil do início do ciclo. As contas de nove a 19 são de cor branca,

para sinalizar o período fértil. A partir da 20ª e até a 30ª, as contas são novamente de cor marrom, indicando o período infértil da segunda metade do ciclo menstrual. Após a 30ª conta, chega-se novamente à conta vermelha, que indica o primeiro dia da menstruação.

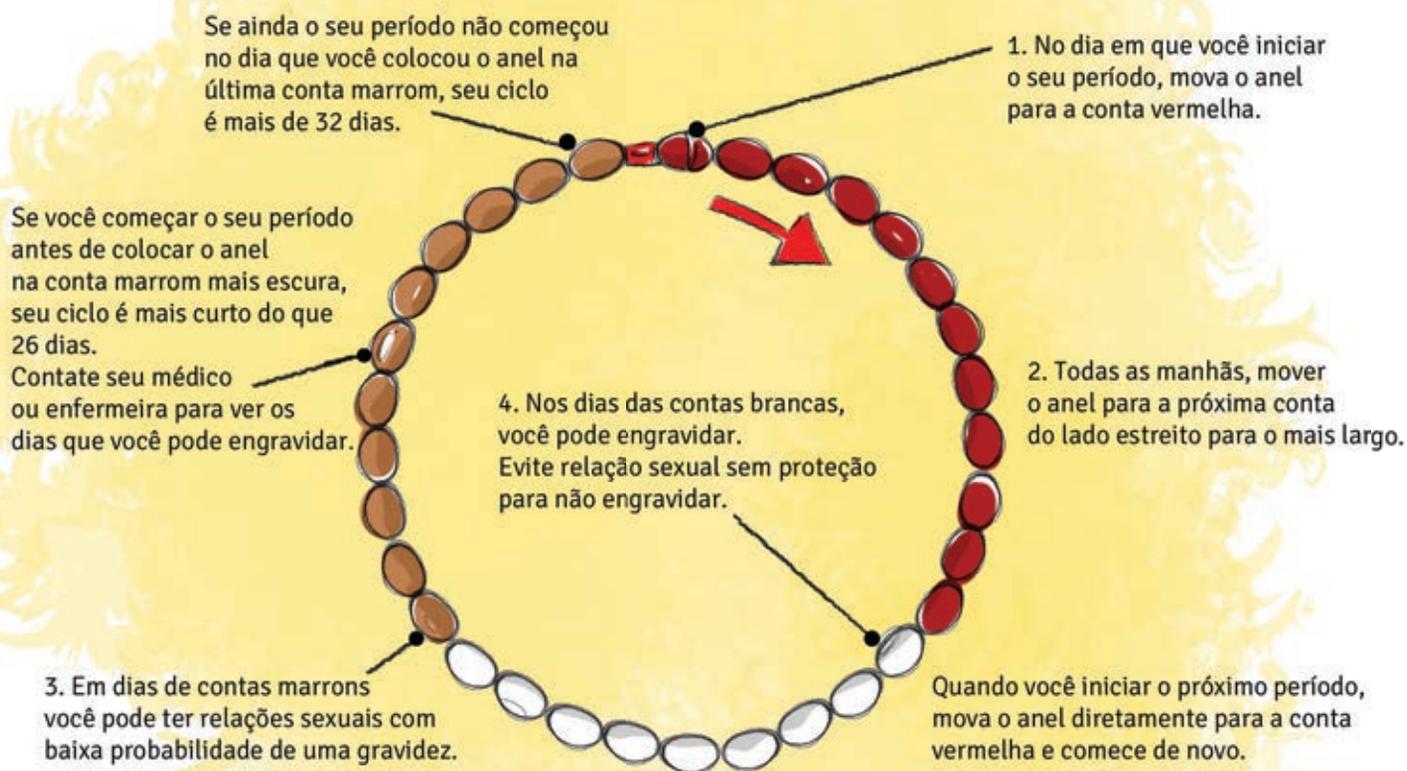
O método do colar é extremamente útil para explicar o período fértil e a menstruação e pode ser usado em combinação aos métodos anteriormente descritos.

Método comportamental

Também considerado de abstinência sexual periódica, exige que a mulher evite ter relações sexuais no período fértil como meio de impedir a concepção, mas o seu grau de eficácia é baixo e pode se constituir como um método frustrante para os parceiros.

Coito interrompido

É um método arriscado, porque exige um autocontrole do homem, pois ele tem que retirar o pênis da vagina antes



de ejacular. Não é confiável porque o pênis solta secreções durante a excitação, que podem conter espermatozoides vivos e originar uma gravidez não desejada, além de não proteger contra as doenças sexualmente transmissíveis.

Amenorreia Lactacional

Baseado na infertilidade natural no pós-parto, quando a mulher não menstrua e está amamentando, o método de Amenorreia Lactacional tem 98% de eficácia durante os primeiros seis meses do pós-parto para a mulher que preencha os seguintes critérios:

- A amamentação deve ser a única fonte de alimentação para o recém-nascido;
- A criança deve ser amamentada pelo menos de quatro em quatro horas durante o dia e, pelo menos, a cada seis horas durante a noite;
- A criança deve ter idade inferior a seis meses.

Contraceptivos hormonais

São os métodos mais utilizados e difundidos no mundo e agem impedindo a ovulação. Também atuam dificultando a passagem dos espermatozoides para o interior do útero. São bastante eficazes e têm passado por várias transformações em termos de quantidade e qualidade.

Como funcionam?

O uso de pílulas anticoncepcionais costuma provocar alterações no organismo da mulher, por isso, é necessário um tempo para que o organismo possa se adaptar. Porém, não há a necessidade de interrupção do uso caso apareçam alguns sintomas desagradáveis como tontura, náuseas, dor de cabeça, sensações de mal-estar, dor nas mamas e mudanças de humor, entre outros. Esses sintomas tendem a desaparecer no segundo ou terceiro mês de uso do método, mas se isso não ocorrer a mulher deve procurar o serviço de saúde.

É aconselhável que a mulher comunique o uso de pílulas sempre que for se consultar com outra especialidade médica que não a ginecológica.

É possível fazer uso de pílulas anticoncepcionais em qualquer idade, desde que não haja contra-indicação e a mulher tenha o acompanhamento de um profissional de saúde.

Algumas precauções que deve haver no uso dos anticoncepcionais hormonais

Nem toda mulher pode usar o método hormonal. Se ela fuma, tem pressão alta ou diabetes, é recomendado que

faça uma consulta médica para avaliar se o método hormonal é um meio seguro para si.

Alguns medicamentos diminuem a eficácia da pílula e há a necessidade do uso da camisinha pelo parceiro durante o tempo de utilização de um antibiótico, por exemplo.

A adequação do método hormonal ao perfil biofísico e metabólico da mulher é muito importante!

Anticoncepcionais orais (pílula)

São comprimidos feitos à base de hormônios sintéticos semelhantes ao produzido pelo organismo da mulher. Geralmente é o método mais aceito pelas mulheres e casais como estratégia para prevenir a gravidez. As pílulas são compostas por estrogênio mais progesterona, e as minipílulas somente progesterona. Para que tenha eficácia, a pílula deve ser tomada todos os dias, sempre no mesmo horário, no período de 21 dias consecutivos.

Não há a necessidade de se fazer pausas no método, entretanto, naturalmente as interrupções devem ocorrer quando há o desejo de engravidar.

Injeções anticoncepcionais

Assim como as pílulas, as injeções de

anticoncepcionais também são produzidas com hormônios parecidos com o estrogênio e a progesterona, e atuam impedindo a ovulação e dificultando a passagem dos espermatozoides para o útero. Para ter eficácia, devem ser aplicadas uma vez por mês ou de três em três meses. Geralmente, assim que se interrompe o uso a mulher já está apta a engravidar, principalmente se a aplicação for mensal. A injeção trimestral tende a retardar o retorno da fertilidade da mulher em torno de quatro meses após a interrupção das aplicações.

Contraceptivos mecânicos e de barreiras

São métodos que por meio de obstáculos mecânicos ou químicos impedem os espermatozoides de penetrarem o canal cervical e, com isso, evitam a gravidez. Com o aumento da incidência das doenças sexualmente transmissíveis (DST), principalmente do HIV, esses métodos estão mais valorizados e popularizados, a exemplo das camisinhas (masculinas e femininas).

É um método muito eficaz se utilizado de forma correta. Para isso, se faz necessário que se estabeleça uma relação de confiança, respeito e aceitação entre os parceiros.

Os métodos de barreira disponíveis são os preservativos (condoms ou camisinhas) masculinos e femininos, o diafragma e os espermaticidas (ou espermicidas) químicos.

Preservativo masculino – camisinha

É um método que além de evitar a gravidez reduz o risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis. Apesar de ser bastante difundido, ainda não é muito aceito devido a fatores socioculturais, principalmente entre os adolescentes, pessoas idosas e as que têm pouca escolaridade.

É de fácil acesso, até porque é distribuído em unidades de saúde, e tem o custo relativamente baixo.

Trata-se de um envoltório de látex ou membrana que recobre o pênis durante o ato sexual e retém o espermatozóide por ocasião da ejaculação. Deve ser colocado quando o pênis estiver ereto, tomando-se o cuidado de não permitir a entrada de ar no preservativo.

Importante! A mulher, como forma de preservação de sua saúde e prevenção à gravidez, pode ter sempre consigo camisinhas, observando sua validade.



Preservativo feminino

O preservativo feminino (condom feminino) é um tubo de poliuretano (semelhante a um saco plástico), com uma extremidade fechada e a outra aberta, acoplado a dois anéis flexíveis também de poliuretano. O primeiro, que fica solto dentro do tubo, serve para ajudar na inserção e na fixação do preservativo no interior da vagina. O segundo anel constitui o reforço externo do preservativo que, quando corretamente colocado, cobre parte da vulva. O produto já é lubrificado e, assim como o preservativo masculino, deve ser usado uma única vez e descartado. O poliuretano, por ser mais resistente do que o látex, também pode ser usado com vários tipos de lubrificantes.

Um novo modelo feito de nitrila foi introduzido no mercado há poucos meses e oferece mais conforto do que o modelo anterior.

Ele deve ser mantido em lugar fresco, seco, afastado do calor e de fácil acesso ao casal, observando-se a integridade da embalagem, bem como o prazo de validade, e reduz o risco de transmissão do HIV e de outras doenças sexualmente transmissíveis.

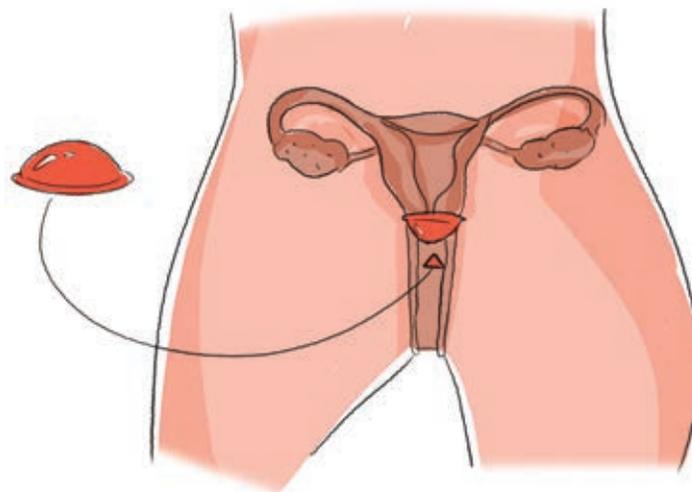
É importante ressaltar que com o preservativo feminino a mulher tem mais autonomia sobre seu corpo e não precisa negociar uso do preservativo com o seu parceiro, caso ele seja uma pessoa que tem dificuldades em aceitar esse método preventivo, tanto em relação à gravidez quanto às DSTs e o HIV.

Qual é o melhor meio de se proteger das DSTs, da Aids e da hepatite? Usando os preservativos feminino ou masculino. É extremamente importante proteger-se, mesmo sendo-se casado e tendo-se um parceiro fixo, e evitar ter outros parceiros!

Diafragma

É um método anticoncepcional de uso feminino que consiste num anel flexível, coberto no centro com uma delgada membrana de látex ou silicone que parece uma capa, e que a mulher deve introduzir na vagina co-

brindo completamente o colo uterino, impedindo assim a entrada dos espermatozoides no útero e nas trompas.



Para maior segurança, o dispositivo deve ser usado, mas com cautela, com uma geleia espermaticida que se coloca na parte côncava do anel. O uso frequente dessa geleia pode causar irritação, fissuras e microfissuras na mucosa vaginal e cervical, aumentando assim o risco de infecções pelo HIV e outras DSTs.

DIU – Dispositivo Intra-Uterino

É um pequeno dispositivo de plástico, recoberto de cobre ou conter hormônio, que é colocado, por procedimento médico, no interior do útero para evitar a gravidez. Não é um método abortivo porque ele impede apenas a fecundação.

Um dos modelos mais usados é o DIU-T, coberto por fios de cobre, que atua eli-

minando ou inativando os espermatozoides. Tem durabilidade de cerca de 10 anos, mas requer visitas periódicas ao médico por possibilitar infecções.

É um método eficiente e pode ser retirado a qualquer momento, caso a mulher apresente algum problema ou deseje engravidar.

Métodos irreversíveis ou cirúrgicos

São métodos cirúrgicos considerados permanentes que exigem que o casal, a mulher e o homem que decidirem por este método, tenha informações adequadas sobre suas vantagens e desvantagens antes de realizar o procedimento.

Laqueadura (ligadura de trompas)

Método anticoncepcional permanente que consiste em cortar e amarrar as duas trompas do aparelho reprodutivo feminino, impedindo o encontro do óvulo com os espermatozoides. Antes de optar por este método, a mulher deve estar ciente que não poderá, ou será muito difícil, voltar a ter filhos. As jovens que realizam este procedimento, em especial, têm mais chances de se arrepender.

É um método eficaz e normalmente não produz alterações no corpo da mulher, embora algumas apresentem

queixas de alteração do ciclo menstrual e outros distúrbios.

É importante lembrar que o Brasil possui uma normativa que especifica as condições que justificam a ligadura de trompas e a vasectomia (ligadura de canais, no aparelho reprodutivo masculino, que impede a circulação dos espermatozoides) denominada Lei do Planejamento Familiar.

Vasectomia

A opção por esse método segue os mesmos princípios da laqueadura, por se referir a um método anticoncepcional considerado permanente ou irreversível, sendo que, nesse caso, a decisão deve ser do homem.

É uma cirurgia realizada nos canais deferentes do homem que não quer ter filhos impedindo que os espermatozoides encontrem o óvulo, um procedimento que pode ser feito em ambulatório.

O casal precisa saber que o efeito da vasectomia não é de imediato, pois nas primeiras ejaculações ainda existe presença de espermatozoides e a mulher poderá engravidar. Por isso, é necessário usar algum método anticoncepcional até que o espermograma, exame que irá analisar a presença de espermatozoides no sêmem, esteja negativo.

Este procedimento não causa impotência no homem e é uma cirurgia mais simples que a laqueadura. É um método contraceptivo seguro e eficaz, mas a indicação dessa intervenção costuma provocar sentimentos de medo e insegurança tanto no homem como na mulher, porque existe a crença de que o homem pode perder a capacidade de ereção. Entretanto, a vasectomia não causa nenhum problema na vida sexual do homem, ocorrendo apenas que ele não poderá mais engravidar uma mulher.

Assim como qualquer procedimento cirúrgico, a vasectomia, apesar de ser considerada uma cirurgia simples, requer cuidados, também tem riscos e pode apresentar problemas. Daí a importância de dispor às informações com cuidado e responsabilidade, e não deixar dúvidas para evitar que o fator psicológico atue como um agente que dificulte ou impeça a decisão pelo método, bem como a recuperação do paciente após a realização da cirurgia.

Contracepção de emergência

A pílula anticoncepcional de emergência impede ou retarda a ovulação e diminui a capacidade dos espermatozoides de fecundarem o óvulo. Consiste em utilizar altas doses de hormônios

para evitar a gestação. É considerada uma boa estratégia porque ajuda a diminuir o número de abortos provocados, na medida em que evita a gravidez não desejada, tanto com o consentimento da mulher, – nesse caso, na possibilidade de falha no uso de algum método contraceptivo ou pelo fato de ela não fazer uso de nenhum método – como sem o seu consentimento, caso a mesma seja induzida a ter relações sexuais desprotegidas ou impedida de fazer uso de qualquer método.

É importante ressaltar que a pílula anticoncepcional de emergência deve ser indicada até 72 horas depois que a mulher teve uma relação sexual desprotegida.

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA A UTILIZAÇÃO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Adolescentes

A adolescência, que abrange a faixa etária de 12 a 18 anos, é uma fase peculiar do desenvolvimento, caracterizada por intenso processo de mudanças que ocorrem nos âmbitos físico, psicológico e social. Marca a transição entre o período da infância e a fase adulta.

Entretanto, os adolescentes que têm

vida sexual ativa devem fazer uso de métodos contraceptivos observando que alguns desses métodos não são adequados para ser utilizados nessa fase, caso da minipílula e das injeções anticoncepcionais, por exemplo, que não devem ser usadas antes dos 16 anos. A falta de informação aliada aos valores pessoais e religiosos dificulta o acesso dos adolescentes à contracepção. Porém, a gravidez não desejada, assim como o aborto clandestino, permanece no país como uma das problemáticas sociais consideradas graves.

Sendo assim, ressalta-se a importância dos adolescentes usarem os preservativos masculino ou feminino nas suas relações sexuais, porque esse recurso é o único que protege tanto das doenças sexualmente transmissíveis, dentre elas a Aids, como de uma gravidez indesejada.

No Brasil, segundo dados do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde, nos últimos anos vem ocorrendo um aumento da infecção pelo HIV entre os maiores de 13 anos de idade por via sexual. Nas mulheres, 86,8% dos casos registrados em 2012 decorreram de relações heterossexuais com pessoas infectadas pelo HIV. E entre os homens, 43,5% dos casos também se deram por relações heterossexuais.

QUESTÕES PARA SE REFLETIR

- Quais são as considerações éticas em relação à atividade sexual de adolescentes?
- Quais são as nossas dificuldades em aceitar a sexualidade do adolescente?

A mulher e a menopausa



A pré-menopausa é o período que antecede a última menstruação da vida da mulher. Em geral, a última menstruação ocorre entre os 40 e os 55 anos de idade. Embora nesse período haja uma redução da fertilidade na mulher, pode ocorrer uma gravidez. A mulher no período de pré-menopausa pode usar qualquer um dos métodos anticoncepcionais, desde que não apresente alguma situação que contraindique o uso do método.

A menopausa não é uma doença ou uma síndrome patológica a ser prevenida ou tratada. Não é um período de insuficiência hormonal, mas de mudança física, psíquica e energética. É um novo equilíbrio hormonal. Não é o fim da sexualidade feminina, da sensualidade, do poder de sedução ou do desejo sexual.

Entrar na menopausa requer prevenção e atenção com as doenças cardiovasculares, mas não significa que a mulher contrairá, necessariamente, doenças cardiovasculares. A partir da meia-idade, a mulher deve redobrar os cuidados na prevenção e tratamento precoce de doenças do sistema cardiovascular evitando o fumo e o consumo de álcool, diminuindo o sedentarismo e praticando exercícios físico e mental, prevenindo o estresse, adotando práticas de relaxamento e mudando seus hábitos alimentares ao evitar o excesso de açúcares, gorduras saturadas e carne vermelha.

Profissionais do sexo

A pouca oferta de ações de promoção à saúde direcionada às profissionais do sexo deve ser motivo de preocupação dos diversos profissionais que atuam na área da saúde, seja no campo governamental, seja no da sociedade civil organizada.

Com a descoberta do vírus HIV, na década de 80, esse grupo – já suscetível a todo tipo de preconceito e discriminação pelo fato de o sexo ser o seu objeto de trabalho – também passou a ser considerado um grupo de risco, assim como os homossexuais e os usuários de drogas injetáveis – UDI. Esse contexto contribuiu para aumentar o estigma e a vulnerabilidade das mulheres profissionais do sexo às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e a métodos contraceptivos que considere suas especificidades.

Violência sexual e estupro matrimonial

É uma forma comum de violência vivenciada por muitas mulheres no seu cotidiano em todo o mundo, onde o principal agente da agressão é o seu parceiro íntimo: marido, namorado ou companheiro. Consiste em forçar a mulher a manter relações sexuais sem a sua permissão, nem considerar o seu desejo, prazer ou vontade. A prática do matrimônio precoce também é considerada uma forma de violência sexual contra as mulheres e meninas que ainda não desejam casar-se, mas que são forçadas por seus familiares devido a padrões e valores culturais.

O medo do estigma e o sentimento de vergonha impedem a mulher vítima de violência sexual a buscar métodos contraceptivos de emergência ou até serviços de aborto legal, induzindo as mulheres e as adolescentes a procurarem o aborto clandestino, que em muitas vezes acaba em morte.

GRAVIDEZ



A gravidez é uma fase normal na vida da mulher que, se bem orientada e com boa saúde, sem doenças crônicas, em moradia com saneamento e higiene, acesso à alimentação adequada e condições de vida decente, ocorre sem problemas.

Ela ocorre em decorrência de uma relação sexual e conseqüentemente da união do óvulo e o espermatozoide. Dura aproximadamente 280 dias, ou 40 semanas, desde a data da última menstruação, e está dividida em três trimestres que compreendem de 12 a 14 semanas cada. As mudanças corporais e comportamentais por que passa a mulher nessa fase são diferentes de acordo com o trimestre. A gravidez é um período da vida da mulher com profundas implicações psicológicas, sociais, culturais e espirituais.

Durante este período, a presença ou ausência da família pode influenciar o bem-estar da mulher grávida. É importante levar em consideração este fator quando se trabalha junto a uma mulher e não assumir que toda gravidez é desejada. A família é responsável pela vida e pelo desenvolvimento de suas crianças, com o apoio da comunidade e do governo (Unicef – Família Brasileira Fortalecida - http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10178.htm).

Como conciliar essa afirmação à luz das dificuldades que muitas mulheres enfrentam?

Toda mulher, independente de raça, religião, orientação sexual ou idade, deve sentir-se bem acolhida quando procura os serviços de saúde.

Durante este período, deve-se:

- Incentivar a gestante a ser proativa e ter práticas de vida saudável;
- Sensibilizar a mulher sobre os seus direitos sexuais e reprodutivos de acordo com a lei brasileira e com as diretrizes da Organização das Nações Unidas e da Organização Mundial da Saúde;
- Incentivar a mulher a conhecer os direitos da mãe e do bebê (recomendações do Ministério da Saúde e da Unicef);
- Dialogar a respeito das emoções e vivências femininas no ciclo reprodutivo da mulher e especialmente na gravidez;
- Apoiar a mulher ao longo da gravidez, mesmo que de baixo risco;
- Reconhecer quando uma gravidez se torna de alto risco;
- Detectar sinais de perigo durante esse período;
- Comunicar, ensinar e incentivar a mulher grávida a reconhecer os sinais de risco e perigo na gravidez e o que se precisa fazer neste caso;

- Respeitar e zelar pela privacidade da mulher mantendo sigilo sobre informações que lhe forem confiadas e que possam expor ou denegrir a sua imagem;
- Assistir a todas as mulheres de forma igualitária, independente de raça, cor, credo ou nível socioeconômico;
- Fazer o possível para que os serviços de apoio ao pré-natal, trabalho de parto e pós-parto sejam oferecidos a todas.

O QUE É ÉTICA? (Postura, comportamento, atitude...)

O propósito da ética, seja em nível social ou individual, é estar sempre a serviço da vida, e em especial a serviço da vida humana.

A ética é a reflexão que orienta, dá sentido em direção à realização do ser humano. Pensar eticamente é discutir a razão de ser da escolha de um comportamento em detrimento de outro. Conclui-se que a ética deve estar sempre a serviço do bem-estar do ser humano e da sociedade.

O Ministério da Saúde e a Rede Cegonha têm publicada uma apostila de orientação sobre esses direitos para que todos, profissionais e público em geral, estejam informados e os respeite.

GUIA DA GESTANTE E DO BEBÊ

A Unicef e o Ministério da Saúde apresentam informações essenciais sobre o direito ao pré-natal de qualidade, ao parto humanizado e à assistência ao recém-nascido e à mãe, além de dados sobre a legislação vigente (BRASIL, 2011).

Direitos da gestante

Toda gestante tem direito a um pré-natal, um parto e um pós-parto de qualidade. Para isso:

- Os estados e municípios devem possuir serviços de saúde capazes de acolher todas as gestantes e os recém-nascidos;
- O gestor de saúde no município deve assegurar a vaga em hospital ou maternidade no próprio município ou em outra cidade de referência, providenciando, inclusive, o transporte adequado;
- A equipe da unidade de saúde que acompanha o pré-natal da gestante precisa garantir atenção com respeito e dignidade, sem discriminação de cor, raça, orientação sexual, religião, idade ou condição social. A gestante deve ser chamada pelo seu próprio nome;
- A unidade de saúde tem que garantir prioridade no agendamento de consultas e sempre buscar alternativas

para que a gestante evite longas esperas, e deve também oferecer-lhe:

- Salas com conforto e privacidade para as consultas;
- Instalações sanitárias adequadas e limpas, tendo à sua disposição água potável e sabão;
- Equipamentos básicos como balança, fita métrica, equipamento para medir a pressão e estetoscópio.

A gestante deve ser orientada sobre:



- Os objetivos da assistência ao pré-natal, como funciona a unidade de saúde e a importância das consultas, dos exames (inclusive dos exames de mamas e de prevenção do HIV e sífilis) e das vacinas;
- Mudanças físicas e emocionais que acontecem durante a gravidez, o parto e o pós-parto;

- Adaptações de seus hábitos de vida como dieta, higiene, trabalho e comportamento sexual;
- Tipos de parto;
- Cuidados gerais com o recém-nascido, valorizando o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida;
- Importância das consultas após o parto;
- O direito de saber com antecedência o local onde vai ter o bebê;
- Todos os direitos da gestante, da puérpera e do recém-nascido;
- O registro de nascimento.

As futuras mães devem ser motivadas a participar de grupos de gestantes, o que possibilita a troca de informações e experiências com outras mulheres.

COMO GARANTIR ESSES DIREITOS E ONDE OBTER APOIO

Esses direitos se articulam com os direitos sexuais e reprodutivos previstos na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (1994), na IV Conferência Mundial da Mulher (1995) e na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria MS nº 675, de 30 de março de 2006).

Serviços que a grávida, ou seus familiares, pode acionar para garantir esses direitos:

- Conselho de saúde do seu município;
- Conselhos de Fiscalização Profissional, de medicina e enfermagem;
- Defensoria Pública;
- Ministério Público;
- Disque Saúde (0800 611997);
- Disque 180 – Central de Atendimento à Mulher (violência contra a mulher) – com atendimento 24 horas, todos os dias da semana, gratuito e sem a necessidade de identificação.

ACOMPANHAMENTO AO PRÉ-NATAL



O pré-natal deve ser iniciado assim que a gravidez for confirmada e a sua primeira consulta deve ocorrer antes do terceiro mês de gravidez. Quanto antes, melhor.

Segundo o Ministério da Saúde, toda mulher grávida deve ter, no mínimo, sete consultas realizadas durante a gestação por um médico ou um profissional de enfermagem.

Um pré-natal de qualidade deve promover e orientar sobre:

- Exames de sangue para tipo de sangue e doenças como sífilis, Aids, anemia, hepatite e diabetes;
- Exames de urina para investigar infecções e perda de proteína;
- Exames físicos e ginecológicos para averiguar como está a saúde da mãe e o desenvolvimento do bebê;
- Exame de prevenção do câncer de colo do útero;
- Aferição de peso e pressão arterial;
- Exames e tratamentos de dentes e gengivas;
- Vacinação antitetânica;
- Planejamento familiar e cuidados com o recém-nascido;
- Alimentação e importância da consulta pós-parto;
- Preparo para o parto;
- Preparo para a amamentação;

- Identificação de sinais de risco;
- Tratamento e/ou controle de doenças;
- Encaminhamento para serviços especializados;
- Obtenção do Cartão da Gestante;
- Atividades educativas individuais e/ou coletivas;
- Práticas saudáveis de vida, como caminhar, nadar, não fumar etc.

DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ



Toda mulher grávida e sua família gostam de saber em que estágio de desenvolvimento se encontra o bebê, e é sempre importante explicar isso durante as consultas do pré-natal ou nas visitas domiciliares.

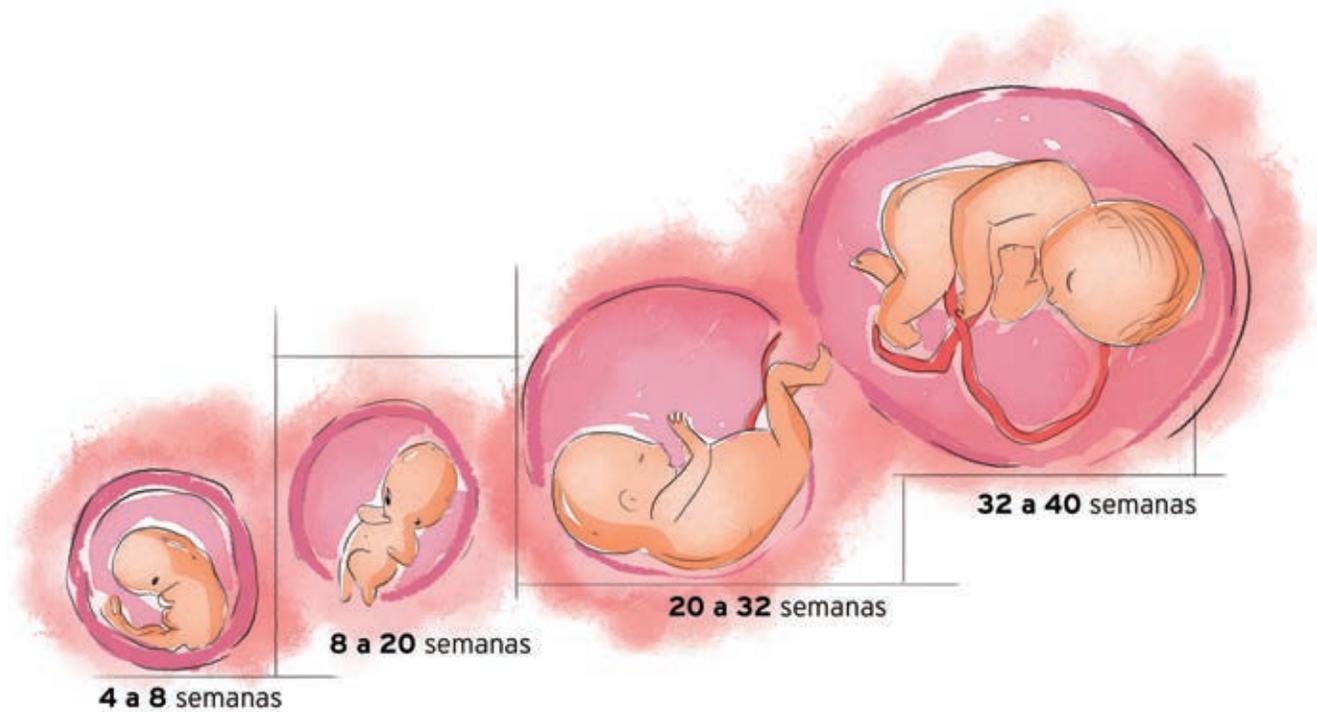
Fases da gestação

Até 4 semanas:

- Período de fecundação;
- Início de divisões celulares. A célula divide-se em duas durante as primeiras 24 horas e no quarto dia já é uma massa, chamada zigoto, constituída por mais de 100 células;
- Chegada do óvulo ao útero durante o sétimo dia e sua fixação entre o nono e o décimo dias;
- Início da diferenciação celular para a formação do saco amniótico, vitelino, placenta e embrião. Na quarta semana, o embrião tem a forma de um disco constituído por três camadas de células que formarão os diferentes tecidos do corpo humano, tecido dos pulmões, fígado, sistema digestivo, ossos, músculos, rins, órgãos sexuais, coração, pele, cabelo, olhos e sistema nervoso;
- O comprimento do feto é de aproximadamente dois milímetros.

De 4 a 8 semanas:

- Desenvolvimento do embrião. O embrião cresce a um ritmo muito rápido. Na quinta semana, começam a ser formados os rins, o fígado, o sistema nervoso, a coluna vertebral, a cabeça e o tronco. Uma parte central do embrião irá converter-se no coração do bebê;



- Durante este período, têm início os batimentos cardíacos;
- Os olhos já possuem retina e visão;
- Desenvolve-se o cordão umbilical, que fornece alimento e elimina os resíduos;
- No final da oitava semana, o embrião já mede dois centímetros e meio e tem um peso aproximado de dez gramas. Todos os órgãos principais já estão formados, mas não completamente. O cérebro já está desenvolvido e os neurônios começam a dividir-se, formando o sistema nervoso.

De 8 a 20 semanas:

- Os órgãos vitais já estão formados e a aparência humana começa a ser definida;
- O sistema reprodutivo desenvolve-se. Nos homens a próstata, nas me-

- ninas os ovários. O fígado começa a secretar a biliar, um sinal de que já está funcionando corretamente. E o baço inicia a produção de glóbulos vermelhos. Nesta fase, já é possível saber tratar-se de um menino ou uma menina, que mede agora cerca de 15 centímetros, pesando aproximadamente 70 gramas. Nas próximas semanas ele crescerá muito rápido;
- Após 12 semanas, passa a ser chamado de feto;
- A pele ainda é transparente, permitindo ver muitos vasos sanguíneos. Alguns ossos começam agora a se endurecer e os pequenos pelos, chamados de lanugos, começam a aparecer para a proteção;
- Entre 12 e 15 semanas de gestação, a placenta e o cordão umbilical es-

tão em plena atividade de nutrição e excreção;

- Com as articulações e as extremidades formadas, os músculos ficam fortalecidos e o feto começa a se comunicar com chutes e cotoveladas. Nesse período, além dele escutar, acontece uma adaptação aos sons, como o sangue correndo pelo cordão umbilical e os batimentos do coração. Os médicos recomendam, nessa fase, que as conversas entre mãe e filho se intensifiquem para que ele comece a ter consciência do mundo externo;
- Na 16ª semana, o feto já tem quase todos os órgãos desenvolvidos;
- No final da 20ª semana, o peso aproximado do feto é de 250 gramas e seu comprimento de 25 centímetros.

De 20 a 32 semanas:

- Diminui o ritmo de crescimento do feto;
- Durante o sétimo mês, por volta da 30ª semana, ele vai mudar de acomodação e adaptar-se à posição final de preparação para o nascimento. As pálpebras começam a separar-se e o bebê já é capaz de abrir os olhos e ter percepção de alguma luz;
- Os pulmões, o fígado e o sistema imunológico ainda têm que amadurecer. No entanto, se o bebê nascesse neste momento teria uma hipó-

tese de sobreviver de 70%. Ele mede agora cerca de 40 centímetros e pesa 1.700 gramas;

- À medida em que o bebê cresce e vai ocupando mais espaço no útero, há menos líquido amniótico. O feto torna-se cada vez mais ativo e os movimentos que antes eram contidos passam agora a ser pontapés;
- Há o início da formação de tecido adiposo sob uma pele, o vernix, que o protege;
- Com 24 semanas, dentre seus órgãos somente os pulmões não estão completamente formados;
- O feto começa a reagir a ruídos externos.

De 32 a 40 semanas:

- Há o desenvolvimento dos alvéolos pulmonares e a produção de surfactante na 34ª semana. É essencial que este esteja sendo produzido em quantidade suficiente ao nascimento do feto, pois do contrário haverá o colapamento (deslocamento) dos alvéolos quando o recém-nascido entrar em contato com o ar;
- Desenvolve-se a deglutição e o sugar de maneira coordenada;
- Aumenta o tecido adiposo para a proteção ao nascer;
- Há a queda da maior parte da cobertura de pelos – o lanugo;
- Ocorre uma movimentação mais

espaçada e vigorosa;

- O peso do feto é de cerca de 3 kg e o comprimento de 50 centímetros.

OBSERVAÇÃO

O primeiro trimestre é crucial para o desenvolvimento do embrião, pois todos os órgãos estão se desenvolvendo. A ingestão de substâncias tóxicas, álcool, medicamentos e a exposição a radiações, podem levar a malformações. Por isso, é muito importante lembrar à gestante para não se automedicar, nem mesmo usar aspirinas ou vitaminas sem orientação médica, e ir ao posto de saúde em caso de qualquer ocorrência.

Mudanças que afetam a mulher durante a gravidez

As mudanças no corpo da gestante são necessárias para:

- Assegurar o desenvolvimento do feto e da placenta e preparar o corpo para o parto, e são decorrentes de fatores hormonais e biológicos de adaptação;
- O conhecimento destas modificações contribui para que a gestante tenha uma vivência positiva da gravidez.

DESCONFORTOS DURANTE A GESTAÇÃO

Para algumas mulheres os desconfor-

tos durante a gestação são sintomas que podem modificar bastante o estilo de vida e o comportamento das futuras mães. Os hormônios têm um efeito direto sobre os órgãos reprodutores e provocam reações colaterais.

O volume e a circulação uterina são aumentados e ocasionam alterações na estática da mulher grávida e alterações na circulação sanguínea em geral e na respiração.

Há alterações no metabolismo materno em decorrência da necessidade de subministrar oxigênio e elementos nutricionais para o feto e a mulher pode ter os seguintes desconfortos:

Sistema cardiovascular: tonturas e vertigens, edema fisiológico, varizes nas pernas e vulva, dor, sensação de peso, dormência, formigamento e hemorroidas.

O que fazer: evitar o sedentarismo, fazer uso de meias elásticas, evitar ficar de pé ou sentada por tempo prolongado, praticar exercícios de ioga, caminhada, natação, hidroginástica, fazer repouso e promover a elevação das pernas.

Sistema urinário: O peso do útero na bexiga aumenta a frequência urinária e prevalece suas infecções.

O que fazer: beber muita água, pelo menos sete copos por dia, ir ao banheiro a cada duas horas e consultar um médico ou um enfermeiro em caso de muito desconforto.

Sistema respiratório: o deslocamento dos pulmões e do diafragma influi na dificuldade respiratória com sensação de falta de ar.

O que fazer: praticar exercícios físicos, natação, sentar em cadeiras retas e evitar sofás profundos.

Sistema digestivo: náuseas e vômitos podem ocorrer em cerca de 75% das gestantes, podendo haver aí um componente emocional. Azias afetam dois terços das mulheres em algum momento da gestação e causam muito desconforto e angústia. Também há prisão de ventre, sintoma comum que se agrava no terceiro trimestre e é reflexo de hábitos alimentares pobres em fibras, pouco consumo de líquidos e ausência de exercícios físicos.

O que fazer: consumir carboidratos e proteínas pela manhã, ingerir pequenas refeições a cada duas a três horas e beber líquidos entre as refeições. Praticar dieta evitando alimentos gordurosos ou condimentados, evitar inclinar-se ou deitar-se logo após a refeição, principalmente à noite, e aumentar o consumo de fibras por meio de frutas e verduras.

Sistema músculo esquelético: maior mobilidade das articulações da pelve que produz fadiga e lordose exagerada por aumento excessivo de peso.

O que fazer: corrigir a postura através de ioga, fisioterapia e alongamento. Evitar sapatos de salto alto e fino. Fazer massagem e aquecimento no local.

Sistema nervoso: sonolência e fadiga.

O que fazer: é mais comum no início e no final da gravidez, sendo importante repousar sempre que possível e pedir ajuda no trabalho, nos afazeres domésticos e no cuidado com outros filhos.

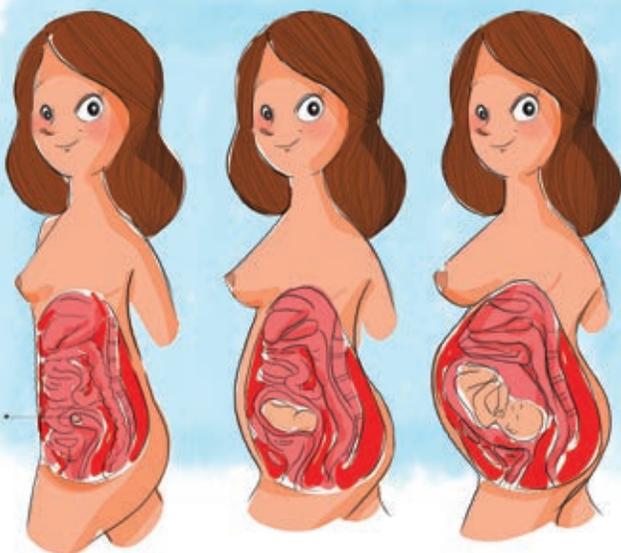
Outras mudanças

Pele: aumento de vasos cutâneos e do fluxo sanguíneo na pele e temperatura mais elevada. A pele pode ficar quente e úmida, as glândulas sudoríparas tem atividade aumentada. Há maior pigmentação da pele, por ação hormonal, e o aparecimento de estrias.

Mamas: Tornam-se mais sensíveis e pesadas, o desconforto é maior no início e no final da gestação. Recomenda-se o uso de sutiã com boa sustentação.

Abdômen: Há pressão do útero na região pélvica e na parede abdominal, tensão dos ligamentos uterinos, relaxamento das articulações da bacia, gases, distensão e cólicas abdominais.

Observando-se abaixo as transformações internas que acontecem no corpo da mulher, fica mais fácil entender esses desconfortos.



E as emoções?

Durante a gravidez, a mulher pode sentir medos, ter fantasias e é necessário saber lidar com isso, pois ela pode sentir ambivalência afetiva (sentimentos conflituosos), ter inúmeras fantasias de aborto, oscilações de humor, aumento da sensibilidade e da irritabilidade, aumento de ansiedade, principalmente no final da gravidez, o que pode levar à insônia, e alterações do desejo e do desempenho sexual.

Os medos mais comuns

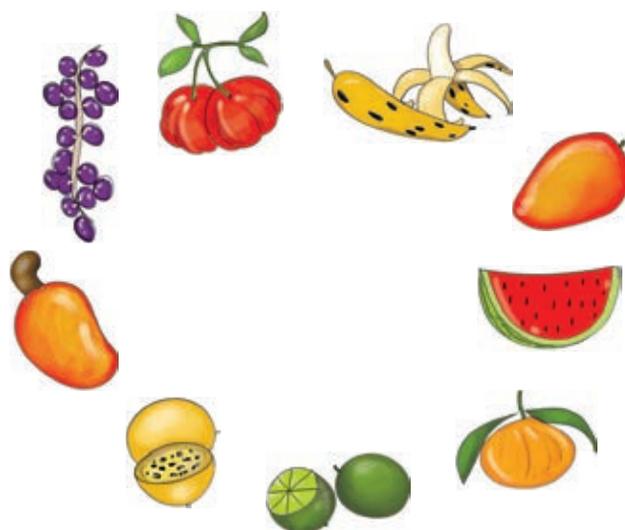
- Ficar “presa” ou ter alterada toda a ro-

tina da vida como, por exemplo, dificuldade em dormir mais;

- Ter um filho malformado;
- Não saber identificar o trabalho de parto, morrer no parto;
- Não ter capacidade para dar à luz via vaginal (não “ter passagem”);
- Do seu corpo não voltar à forma anterior à gravidez, ficar com a vagina alargada e não sentir mais prazer sexual, ficar com os órgãos genitais dilacerados pelo parto;
- Não ter leite suficiente para seu filho ou ter leite “fraco”;
- Não dar conta de cuidar do bebê.

Em todas estas situações, deve-se saber escutar, deixar que a gestante expresse seus temores, respeitar o que esta sendo comunicado, proporcionar espaço de diálogo.

ALIMENTAÇÃO NA GRAVIDEZ



A gravidez é um período importante também no que se refere à alimentação e na qual se deve primar pela qualidade, não pela quantidade do que se come.

Como regra geral, a grávida deve tratar de priorizar alimentos integrais, verduras, legumes, frutas e fontes de proteínas de boa qualidade, ou seja, dar prioridade aos alimentos que são necessários para uma boa gravidez e não ao que gosta de comer.

Durante o primeiro trimestre da gravidez as necessidades de nutrientes são muito importantes, porque este é o período de formação do bebê. Assim, a ingestão de alimentos ricos em ferro, cálcio, ácido fólico e líquidos em abundância é necessária para prevenir alterações no desenvolvimento do bebê. Nos segundo e terceiro trimestres, a ingestão adequada de nutrientes vai colaborar para o desenvolvimento saudável do bebê. O aumento de peso previsto gira em torno de 6 e 16 kg, sendo que para uma grávida obesa esse limite mínimo é de 8 kg. A média de ganho de peso no primeiro trimestre é de 1,1 kg, no segundo de 4,9 kg e, no terceiro trimestre, de 5 kg, perfazendo um total de 11 kg.

Durante a gravidez, a mulher não deve

fazer regime para emagrecer nem jejum prolongado, pois isso tem efeito negativo para o bebê. O número de refeições por dia deve ser numa média de seis a oito, desse modo ela poderá atingir o aumento de calorias, vitaminas e sais minerais necessárias para este período, porém os alimentos ricos em açúcares, óleos, gorduras e sal devem ser consumidos com moderação.

O QUE COMER E O QUE EVITAR

- Grãos integrais como arroz integral ou arroz da terra, arroz parboilizado, aveia, macarrão e pão integrais e milho (que não seja transgênico). O arroz refinado pode ser enriquecido com a adição de verduras e legumes;
- Leguminosas como lentilhas, ervilhas secas e diversos tipos de feijão;
- Raízes como batata-doce, inhame, cará, macaxeira etc., sem misturá-las com cereais;
- Alimentos proteicos de origem animal como ovos, queijos, peixe, galinha (de preferência caipira); alimentos protéicos de origem vegetal, como nozes, castanhas do Brasil e de caju, amêndoas e sementes de gergelim, girassol e jerimum/abóbora;
- Óleos de boa qualidade como os de oliva, gergelim, coco, arroz e girassol. Os óleos de soja comercializados são,

em sua maioria, produzidos com soja transgênica (com símbolo T) e devem ser evitados;

- Mel, rapadura e mel de engenho em vez do açúcar refinado;
- Cinco porções de vegetais coloridos e de três a cinco frutas diferentes, diariamente, pois cada cor tem um nutriente específico e todos eles são muito importantes na gravidez.

Utilizando as cores dos alimentos, pode-se garantir uma ingestão adequada da maioria das vitaminas e sais minerais.

Cores dos alimentos

Os alimentos amarelados/alaranjados possuem betacaroteno, que ajuda a manter a visão, os cabelos, a pele e os tecidos internos do corpo saudáveis. Eles são ricos em vitamina A e têm boas quantidades de vitamina C, sendo os mesmos o abacaxi, a acerola, a abóbora, o caju, a carambola, a cenoura, a laranja, o mamão, a manga, o maracujá, o melão, o milho, o pimentão amarelo e a tangerina.

Os alimentos de cor branca, como o alho, a banana, a batata, a cebola, o chuchu, a couve-flor, o feijão-branco, a maçã, a macaxeira, o palmito, a pêra, a pinha e o rabanete são ricos em cálcio e fósforo, que ajudam na formação dos

dentos, ossos e na elasticidade muscular, além de possuírem vitamina B6.

Alimentos de cor verde contêm grande quantidade de clorofila, que colabora para melhorar a oxigenação das células e o metabolismo. São eles o abacate, a abobrinha, a acelga, a alface, o quiabo, o repolho, a salsa, o agrião, a vagem, o pimentão verde, a couve, a ervilha, o limão, o pepino, a rúcula e o manjeriço.

Alimentos de cor vermelha, como a beterraba, o caqui, a cereja, a goiaba, a melancia, o morango, o pimentão vermelho, a pitanga, o tomate, o rabanete e a romã têm essa coloração pela presença do licopeno e possuem ação semelhante a dos alimentos de cor amarelo/alaranjado, sendo a vitamina C também encontrada neles.

Alimentos de cores violeta, roxa, azulada ou preta contêm o pigmento antocianina, ligado à presença da vitamina B1, que colabora no metabolismo dos carboidratos. Exemplos de alimentos com estas colorações são a alcachofra, a ameixa, a amora, a berinjela, o feijão-preto, o figo, a jabuticaba, a uva e o repolho roxo.

Alimentos de cor marrom são ricos

em fibras e ajudam no funcionamento do intestino, prevenindo problemas que vão desde a prisão de ventre até o câncer. Também ajudam a controlar a diabetes e o colesterol, e melhoram a flora intestinal. As sementes oleaginosas, incluídas neste grupo, são excelentes fontes do mineral selênio e da vitamina E. São elas as amêndoas, o amendoim, o arroz integral, a aveia integral, a avelã, a canela, a castanha, o centeio, a cevada, o grão-de-bico, o feijão, a lentilha, as nozes, o pinhão, a soja, o tamarindo e o trigo, assim como o pão integral.



DICAS IMPORTANTES

Na gravidez, é importante consumir ferro e cálcio em quantidades adequadas. As fontes de ferro de origem animal são mais bem aproveitadas pelo organismo que as de origem vegetal, porém o ferro presente nos grãos e nas folhas verdes são melhores aproveitados na presença de vitamina C. Daí a importância de temperar as saladas com limão e consumir frutas cítricas junto com estes alimentos.

Boas fontes de cálcio são o leite e seus derivados, sementes de gergelim e folhas verdes escuras como couve e brócolis.

Para um melhor aproveitamento do ferro, não se deve consumir fontes de ferro e de cálcio na mesma refeição porque o cálcio impede uma boa absorção de ferro. Pela mesma razão é desaconselhável tomar café logo após o almoço.

A ingestão de água, e sucos com pouco ou nenhum açúcar, deve ser de oito a dez copos por dia.

Que alimentos evitar

A grávida deve evitar o consumo de embutidos, frios, carne vermelha em excesso, conservas, enlatados, produtos com gordura hidrogenada e com açúcar refinado, macarrões instantâneos e comida pronta industrializada, estes últimos por possuírem altos teores de sal, além de conservantes.

Deve-se evitar ainda o preparo de alimentos muito temperados, apimentados, com muito sal, frituras, gorduras, café, bebidas alcoólicas, refrigerantes e salgadinhos.

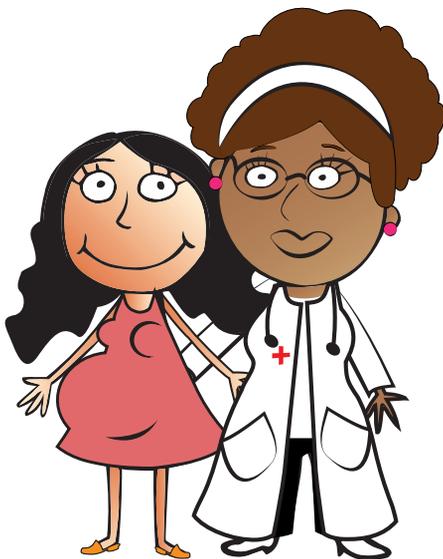
O consumo de salsichas, outros embutidos e alguns derivados de leite podem causar intoxicações alimentares que oferecem risco à vida do feto.

Para grávidas com diabetes, é recomendado que se utilize estévia ou sucrose em vez de adoçantes à base de sacarose ou aspartame.

Toda e qualquer suplementação como, por exemplo, ácido fólico, ferro, cálcio ou outras vitaminas devem ser realizadas somente com orientação médica.

Nos primeiros meses da gravidez a mulher poderá ter náuseas, vômitos, gases e azias, entre outros sintomas.

Algumas alterações na dieta podem ajudar



Azias e gases: comer várias vezes ao dia em pequenas quantidades e jantar duas horas antes de deitar; não beber líquidos junto com as refeições; comer frutas ácidas como pitomba, acerola, limão, laranja e tomar líquidos entre as refeições.

Enjoos e vômitos: comer alimentos secos, não beber líquidos junto com as refeições, evitar alimentos gordurosos com cheiros fortes ou muito condimentados, mastigar gengibre ou fazer o chá do mesmo.

Caso os vômitos sejam muito frequentes, torna-se necessário consultar um médico.

SITUAÇÃO DE RISCO NA GRAVIDEZ

Apesar de a gravidez ser um processo normal na vida da mulher, problemas podem surgir em algumas situações, que requerem um monitoramento mais cuidadoso, tais como:

- Gravidez de adolescente;
- Complicações em gravidez anterior;
- Doenças como Aids, diabetes, anemia, sífilis, pressão alta, epilepsia, hepatite e lúpus;
- Problemas do coração;
- Uso do fumo, álcool ou outras drogas;
- Excesso de filhos;



- Situações de risco como fome, abandono, maus-tratos e desamparo.

As gestantes nessas situações ficam mais fragilizadas, apresentam mais riscos de partos prematuros, abortos espontâneos e bebês de baixo peso.

Também estão mais expostas ao risco de morte materna, pois:

- A pressão alta pode matar a mãe e o bebê;
- Sífilis, HIV, Aids e hepatite podem ser transmitidos da mãe para o bebê. Assim, a importância de exames durante os primeiros meses de gravidez para um tratamento adequado durante este período;
- O fumo pode causar nascimento de bebê com baixo peso;
- O uso contínuo de álcool durante a gravidez pode provocar deficiência mental no bebê. As drogas prejudicam o desenvolvimento e podem criar dependência química no recém-nascido.

PERIGO NA GRAVIDEZ

- A. Sinais de parto prematuro e infecções.
- B. Sinais de pressão alta.
- C. Sinais de descolamento placentar e placenta prévia.
- D. Sinais de pré-eclampsia ou eclampsia (convulsão).
- E. Anemia.
- F. Sofrimento fetal.

O QUE É O QUE É?

- Perda de líquido ou sangue pela vagina – C.
- Febre alta, calafrios – A.
- Palpitações e cansaço – E.
- Dor de cabeça muito forte, contínua, com manchas luminosas na frente dos olhos – B.
- Dores e cólicas muito fortes – A.
- Bebê que não se mexe por mais de 12 horas – F.
- Muito inchaço – D.
- Convulsões – D.

Todas essas situações requerem um encaminhamento urgente a um hospital.

MORTE MATERNA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define morte materna como a morte da mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término dessa gestação, independente da duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (World Health Organization. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde; 10ª Revisão).

Acções mundiais contra mortes maternas e infantis

Em setembro de 2000, em Dakar, no Senegal, durante a Cúpula Mundial, a maior reunião de dirigentes nacionais de todos os tempos, 191 países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) se comprometeram a cumprir oito metas até 2015, sendo que duas delas referindo-se à redução da mortalidade infantil e da mortalidade materna. O Brasil tem conseguido reduzir a mortalidade infantil, embora a taxa de morte neonatal continue alta. Porém, a mortalidade materna ainda está em patamares que não condizem com o lugar que o país ocupa na economia mundial, por exemplo.

Estas mortes estão relacionadas a complicações durante a gravidez, parto, puerpério (período de cerca de 40 dias após o parto) ou aborto, e são violações dos direitos humanos das mulheres por que a maioria delas poderia ser evitada através de uma assistência de qualidade.

A taxa de mortalidade materna depende substancialmente da qualidade da assistência durante o pré-natal, o parto e o pós-parto, e do nível de desenvolvimento do país. No Brasil, essa taxa está em crescimento, em especial, segundo dados do SIM/Sinasc/SUS de 2011, em alguns municípios do interior do Estado de Pernambuco, que apresentaram um índice de mortalidade materna de 167,93/100.000 NV (167,93 mortes maternas por 100 mil bebês nascidos-vivos), sendo que a taxa nacional naquele ano foi de 63/100.000 NV. Vale a pena lembrar que a Meta de Desenvolvimento do Milênio (ODM) recomenda que seja alcançada a taxa de 35/100.000 NV.

As principais causas de morte materna são:

- Falta de acesso a serviços de saúde de boa qualidade;
- Doenças hipertensivas – evitáveis através de exames e controle de

- pressão durante todo o pré-natal;
- Hemorragias – evitáveis através de transfusões e consultas a profissionais qualificados;
 - Abortos infectados – evitáveis através do acesso ao planejamento familiar, da humanização do atendimento às mulheres que chegam aos hospitais com um aborto incompleto; com leis mais adequadas para tratar a questão como um direito a ser respeitado;
 - Gravidez de adolescentes;
 - Infecções no pós-parto – evitáveis com o acompanhamento regular e domiciliar da recém-parida;
 - Uso inadequado de métodos anticoncepcionais;
 - Condição étnico-racial, baixa escolaridade, desnutrição, baixa renda, ausência de amparo familiar ou de companheiro e o grau de exposição à violência doméstica.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, as mortes maternas evitáveis são uma violação dos direitos humanos, indicando as condições de saúde de uma população e o compromisso que a sociedade tem com a garantia dos direitos das mulheres. No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, mais de 70% das mortes maternas são decorrentes de omissões, intervenções ou tratamentos incorretos (ONU, 2010).

Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal

O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal foi iniciado no ano de 2004 e visa promover a melhoria da atenção obstétrica e neonatal através da mobilização e da participação de gestores das esferas federal, estadual e municipal, da sociedade civil organizada, de universidades, sociedades médicas e ONGs.

Uma das ações estratégicas principais para a redução da mortalidade materna e neonatal realizadas pelo Ministério da Saúde nos últimos anos tem sido a implantação de Comitês de Mortalidade Materna, formado por gestores, profissionais de saúde, sociedades científicas, movimentos sociais e conselhos de defesa de direitos, entre outros, com o objetivo de dar visibilidade aos óbitos maternos e a identificação de suas circunstâncias. Porém, para o funcionamento destes comitês é necessário o compromisso político da gestão e a participação de profissionais e representantes da sociedade civil qualificados.

Morte neonatal e morte infantil

Morte neonatal se define como óbito de um recém-nascido, ou seja, com menos de 28 dias de vida. Já a morte infantil se

define como o óbito de uma criança com menos de um ano de idade.

As principais causas de mortes infantis são as perinatais, decorrentes de problemas durante a gravidez, partos e nascimento, respondendo por mais de 50% das causas de óbitos no primeiro ano de vida (Portal da Saúde: Evolução da Mortalidade Infantil no Brasil, 2011).

Enquanto o Brasil tem feito progressos na redução da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) nos últimos anos, mais de 50 mil crianças com menos de cinco anos ainda morrem todo ano no país, e as nascidas no Nordeste tem uma tendência duas vezes maior de morrer nessa fase do que as crianças do Sudeste. Cerca de 80% dessas crianças morrem antes de completar um ano, e metade delas durante os primeiros

sete dias de vida (Linha de base sobre a Saúde Materno-infantil: Projeto Salvando vida de crianças no nordeste brasileiro. Petrolina Agosto 2013 Apud Brasil - Ministério da Saúde, 2011).

Muitas destas mortes poderiam ser evitadas com um pré-natal de qualidade, em especial a gravidez de risco, e precisariam contar com a oferta de exames laboratoriais e o controle da pressão arterial da gestante, evitando a prematuridade.

Embora a taxa de mortalidade infantil no país tenha diminuído para 13,5 por 1.000 nascidos vivos, em 2011 ela continuou mais elevada na região do Nordeste. Em municípios do Estado de Pernambuco, a TMI cresceu para 16,6/1.000 NV.

Dados da Rede Cegonha Pernambuco

INDICADORES DE MORTALIDADE E MORBIDADE	PE	NE	Brasil
Sífilis congênita em menores de um ano	3,1*	2,2*	1,7*
Mortalidade neonatal	11,7*	11,8*	10,1*
Mortalidade pós-neonatal	5,5*	5,2*	4,6*
Óbitos maternos na faixa etária de 10 a 49 anos	93	626	1.861
Óbitos de MIF (mulheres em idade fértil) investigados	70,8%	60%	55,2%
Óbitos infantis investigados	50,4%	26,2%	29,5%
Óbitos fetais investigados	25,8%	17,3%	20,1%
NV (nascidos-vivos) de mães adolescentes	22%	22,6%	19,9%

Fonte de dados do nordeste e do Brasil: Datasus 2011

*Dados preliminares 2011

PARTO



A história

Até meados do século 19, a vida reprodutiva era uma questão de família e os aspectos fundamentais da experiência reprodutiva feminina pertenciam às mulheres, assim como a transmissão dos saberes sobre estes assuntos. Os médicos (ou “cirurgiões-barbeiros”) eram admitidos para ajudar apenas nos partos difíceis a fim de salvar a vida das mães ou, quando isso não era mais possível, fazendo cesáreas para salvar os fetos.

A obstetrícia ocidental moderna teve sua origem no conhecimento acumulado pelas parteiras a partir do século 20, a classe médica consolidou seu controle sobre o parto e o corpo da mulher e não se pode negar os avanços e a sua importância na redução dos índices de mortalidade materna e fetal. Por outro lado, o domínio médico tem significado a perda da autonomia da mulher com relação ao seu corpo, que em vez de o parto ser encarado como um processo fisiológico normal se transformou em um ato com procedimentos invasivos e usos de fármacos de forma rotineira, com consequências nem sempre positivas à saúde da mulher e do bebê.

Atualmente, a proposta de humanização da assistência ao parto propõe

mudar as práticas obstétricas e devolver às mulheres o protagonismo do parto e uma maternidade segura e feliz. Refere-se ao respeito dos direitos de mulheres e crianças a uma assistência baseada em evidência científica, na escolha esclarecida e informada dos procedimentos e não pelo conforto das instituições ou profissionais. Esta proposta está de acordo com as normas da Organização Mundial da Saúde (OMS).

LEMBRE-SE: Parto não é doença, a maioria não tem complicações e os bebês nascem sozinhos.

Durante este período, a mulher pode ter várias dúvidas e medos relacionados ao seu corpo, à sexualidade, de como o parto vai ocorrer, em especial as primíparas (gestantes em primeiro parto). Por isso, os profissionais de saúde devem estar disponíveis para atender com empatia, ética profissional e capacidade de descrever o processo fisiológico do parto e do pós-parto, dialogando sobre as emoções e vivências femininas durante esse processo, além de conscientizar a mulher sobre os seus direitos sexuais e reprodutivos de acordo com a lei brasileira e as diretrizes da Organização das Nações Unidas e da Organização Mundial da Saúde.

O que é um parto fisiológico vaginal e sem intervenções?



O parto ocorrido antes de 37 semanas de gestação é chamado de pré-termo; de 37 a 41 semanas, a termo, e de 42 semanas em diante é classificado como pós-termo.

Define-se parto normal como de início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice (cabeça inclinada para a frente e o queixo apoiado sobre o peito), entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho encontram-se em boas condições (Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras - Abenfo).

Esse tipo de parto acontece a cada dia, em qualquer lugar, assistido ou não, por parteiras, enfermeiros, bombeiros ou médicos. E sem intervenções. O que significa “sem intervenções”? Tem um ditado de parteira que diz: “A melhor parteira é aquela que assiste

o parto fazendo tricô”. Mas então, por que justificar a presença de uma pessoa qualificada durante o parto? Porque há, embora ínfima, a possibilidade de um parto ser um pouco mais complicado, sendo preciso estar atento.

MODELOS DE ATENDIMENTO DE PARTO NORMAL (FISIOLÓGICOS)

A Rede Cegonha prevê:

- Parto domiciliar com parteiras tradicionais ou urbanas, enfermeiras obstetras ou médicos obstetras;
- Centro de parto ou casas de parto com enfermeiras obstetras;
- Maternidades de alto risco.

QUEM SÃO OS PROTAGONISTAS DO PARTO



O CASO CREMERJ E O PARTO DOMICILIAR

O Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj) ignorou, em julho de 2012, a norma do Ministério da Saúde, que reconhece as funções de parteira e doula (acompanhante) na assistência ao parto, e proibiu não só a participação dessas profissionais em ambientes hospitalares como a presença de médicos obstetras em partos domiciliares e em equipes de sobreaviso — que ficam de plantão para o caso de alguma complicação.

A proibição gerou reações imediatas de movimentos sociais e de mulheres, que viram feridos os direitos e autonomia femininos e programaram manifestação de repúdio. O Conselho Regional de Enfermagem (Coren), responsável pelas parteiras (ou obstetrizes), entrou com ação civil pública contra a decisão do Cremerj, e a Justiça Federal suspendeu o veto por considerar que as diretrizes do Conselho inviabilizavam o exercício da profissão de parteira, oficialmente regulamentada pela lei nº 7.498/86.

O Ministério da Saúde não só reconhece o trabalho de parteiras tradicionais e das doulas, consideradas necessárias e bem-vindas, como incentiva a participação delas nos hospitais públicos (Parteiras e doulas, necessárias e bem-vindas - revista Radis 01/10/2012 - <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/121/sumula/parteiras-e-doulas-necessarias-e-bem-vindas>).

Primeiro: A mulher e o bebê são os atores principais do parto.

Médicos: De modo geral, os médicos não recebem treinamento para atender a um parto natural e sem intervenções. Na maioria dos partos há intervenções e estes não são encarados como um processo natural.

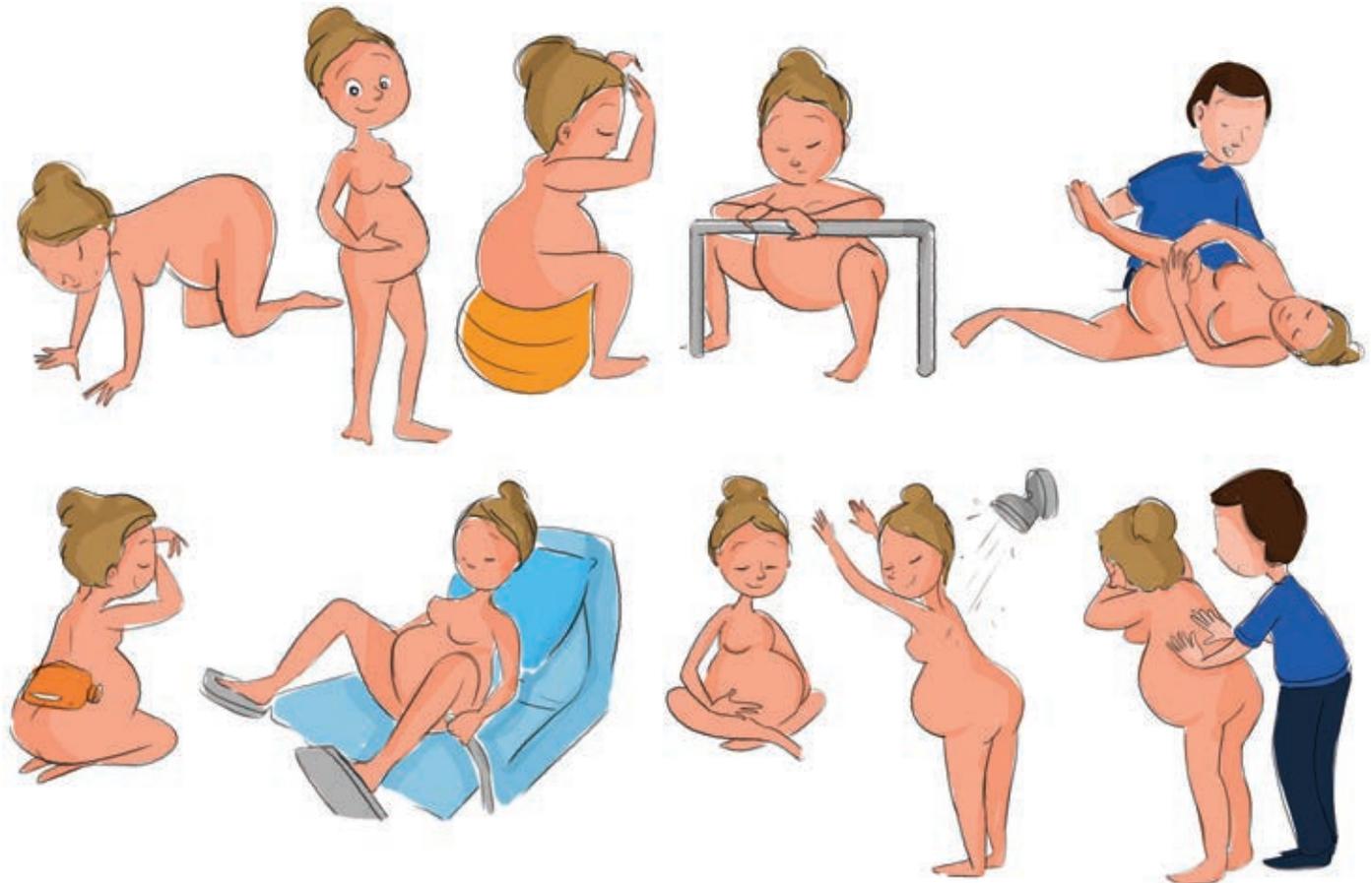
Profissionais de enfermagem: Atuam em hospitais, ainda muito subordinados ao médico, mas têm profissionalmente a possibilidade de atender a partos com a devida preparação.

Parteira hospitalar: De modo geral, são técnicas de enfermagem que podem atuar como parteiras domiciliares, mas tem como modelo de atendimento o modelo médico e podem usar intervenções de rotina.

Parteira domiciliar ou tradicional: É a “parteira de sítio”, que aprendeu seguindo a mãe, a avó ou naturalmente sabem lidar com o parto. Ela segue o modelo fisiológico de atendimento, estuda observando e por saber empírico (próprio) passado por parteiras mais velhas ou experientes. O Ministério da Saúde tem o programa Trabalhando com Parteiras, agora integradas na Rede Cegonha.

Doula: É uma acompanhante voluntária que ajuda e apoia a mulher durante o parto, de maneira física e emocional, por meio de massagens, uso de bolas de parto, cavalinho, banhos etc. Ela não faz o parto e nem é uma profissional de saúde. Estudos comprovam que a atuação das doulas reduz o duração do trabalho de parto, o número de cesáreas e intervenções como o uso do fórceps (instrumento cirúrgico para a retirada do bebê via natural).

O QUE ACONTECE DURANTE UM PARTO



Trabalho de parto

Os primeiros sinais de início de trabalho de parto são:

- Expulsão do tampão mucoso, que consiste na eliminação, pela vagina, de muco gelatinoso, rosado ou acastanhado. Isso pode ocorrer dias ou horas antes do parto e significa que o nascimento ocorrerá em breve. Em algumas oportunidades, mas nem sempre, acontece a rotura (rompimento) da bolsa d'água, que é a saída do líquido amniótico pela vagina devido à ruptura das membranas que envolvem o bebê, ocorrendo lentamente

ou de repente, em grande quantidade, com esse líquido sendo normalmente claro e transparente;

- Contrações uterinas regulares. No início do trabalho de parto, as contrações são irregulares, ou seja, não são iguais, e são pouco frequentes. A mulher começa a sentir que a barriga fica rígida, podendo não haver dor. Progressivamente, vão tornando-se mais regulares, intensas e próximas.

Nas últimas semanas de gravidez é comum ocorrerem contrações irregulares e indolores, sem que isto signifique o início do trabalho de parto.

O que acontece no parto?

O parto é constituído por três etapas: dilatação, expulsão e dequitação.

Dilatação: O colo do útero, por onde o bebê passa, começa a se encurtar e a se dilatar a até cerca de dez centímetros. As contrações tornam-se cada vez mais regulares e próximas. É o período mais demorado do trabalho de parto, podendo demorar de 12 a 16 horas, no caso do primeiro filho. É importante incentivar a parturiente a mudar de posição, caminhar etc.

Expulsão: Começa quando a dilatação estiver completa. Pode demorar até

duas horas ou mais no primeiro filho. O feto desce ao longo da bacia da mulher e acaba por sair através da vagina e da vulva. É importante lembrar que, muitas vezes, se um bebê estiver ainda no alto da pélvis, as contrações vão ajudar o bebê a descer, mas se a mãe não sente vontade de fazer força, deve-se respeitar essa sensação. O bebê sai de maneira mais tranquila e saudável quando os "puxos" (palavra da prática de partejar, auxiliar um parto, que são esforços involuntários para empurrar o bebê para fora) são involuntários e espontâneos. É importante que quem está realizando o parto tenha paciência, especialmente neste momento.

Dequitação: Depois do nascimento do bebê, a placenta e as membranas que envolveram o feto saem por si. Muitas vezes a dequitação ocorre num prazo de 15 minutos a meia hora, quando não ocorreram complicações e especialmente se o cordão umbilical não for cortado de maneira prematura.

E a dor, doutor?

Parir dói e isso é fato. A propaganda da "horível e insuportável" dor do parto é muito divulgada pela mídia. Recheia os dramas televisivos e dos cinemas, está presente nas bocas de mulheres e homens (até dos que não passaram

pela experiência) como a maior dor que o ser humano possa sentir na face da Terra e, assim, assombra futuras parturientes, que seguindo o modelo dos seus astros televisivos fogem sem pestanejar para uma medida enganosamente mais segura e menos dolorida: a cesárea.

Mas por que parir dói? Por que o parto não é indolor ou até mesmo prazeroso, já que visa à procriação da espécie? A natureza seria cruel em maltratar a mulher em um momento tão sublime?

A dor do parto tem funções extremamente importantes nessa hora. Ela mostra o caminho a ser percorrido pelo corpo durante o processo. Ensina em que melhor posição ficar, qual o momento de fazer força, ensina instintivamente o que fazer para facilitar o processo fisiológico do nascimento do bebê.

É uma dor que vem e vai a cada contração, como as ondas do mar, oferecendo um tempo para respirar e para descansar até o próximo “mergulho”. Aos poucos, a maré sobe e as ondas crescem, ficam imensas, e é preciso a humildade da entrega, de oferecer o corpo e a alma à prova máxima da natureza humana. É um processo inten-

so, primitivo, dolorido e às vezes difícil, mas que pode ser uma oportunidade única de intenso contato da mulher consigo própria, com o mistério da vida e com o pequeno ser que vem ao mundo naquele momento. É preciso apenas certo autopreparo, apoio, carinho e compreensão de quem assiste à parturiente para que a dor não se transforme em sofrimento.

“A dor do parto nos traz para o presente de forma intensa e talvez seja esta a sua principal função. Coloca corpo, alma, hormônios e sentidos a postos no momento mais sublime e mágico da vida humana. Prontos e vitoriosos, eles irmanam-se fortalecendo a recém-mãe, numa forma preciosa de dar as boas-vindas ao novo ser que chega ao mundo através de seus braços.”

(Eleonora de Moraes, psicóloga, doula e educadora perinatal, coordenadora do Despertar do Parto - <http://www.despertardoparto.com.br>).

Veja também, no blog BioNascimento, artigo da parceira Verena Schmid, fundadora da Escola Elementar da Arte de Partear, na Itália, com 30 anos de experiência, em http://bionascimento.com/index.php?option=com_content&task=view&id=225&Itemid=37.

DIREITOS DA MÃE DURANTE O PARTO

LEI 11.108/2005, DO ACOMPANHANTE: A OMS recomenda, desde 1985, o livre acesso do acompanhante de escolha da mulher, no pré-parto, parto e puerpério. Essa recomendação foi baseada na revisão de conhecimentos sobre o uso de tecnologias apropriadas para o parto e o nascimento e para colaborar na satisfação materna com a experiência do nascimento.

Por que a lei do acompanhante é tão pouco respeitada?

Infelizmente esta lei não é colocada em prática como deveria ser por falta de informação, falta de infraestrutura e percepção errônea do impacto da doula e do acompanhante sobre a parturiente, a equipe e o parto. Muitas vezes a mulher se sente isolada nos momentos em que mais precisa de apoio da família e passa a associar a vivência do parto ao sentimento de isolamento e abandono.

É importante respeitar e aplicar essa lei, pois diversas pesquisas indicam que a ausência de suporte emocional interfere na fisiologia do parto. Evidências científicas assinalam que a presença de

acompanhante contribui para a melhoria dos indicadores de saúde e do bem-estar da mãe e do recém-nascido.

A presença de acompanhante aumenta a satisfação da mulher e reduz significativamente o percentual de cesáreas, a duração do trabalho de parto, a utilização de analgesia/anestesia e de ocitocina (substância utilizada para apressar o parto) e o tempo de hospitalização dos recém-nascidos.

O isolamento e o abandono da mulher na hora do parto são considerados uma manifestação de violência institucional, a violação do direito humano de não ser submetido a tratamentos cruéis, degradantes e/ou torturas.

DIREITOS DA MÃE DURANTE O PARTO

- Ser escutada e ter as suas dúvidas esclarecidas.
- Expressar os seus sentimentos e as suas reações livremente.
- Escolher a melhor posição durante o trabalho de parto e para o parto em si.
- Ser incentivada a adotar as posições (sentada, de cócoras etc.) que sejam mais favoráveis para a boa evolução do parto.

INTERVENÇÕES QUE PREJUDICAM A MÃE E O BEBÊ DURANTE O PARTO, E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

- **Fórceps:** realizar fórceps e/ou vácuo de rotina sem a autorização da mulher, levando a traumatismos e baixos escores de Apgar (nota dada ao bebê no primeiro e no quinto minutos de vida e que serve para avaliar sua vitalidade).
- **Ocitocina:** soro empregado de maneira rotineira e sem cuidado. Pode levar a sofrimento fetal por contrações intensas e fortes demais, prejudicando o transporte de oxigênio ao feto.
- **Episiotomia:** operação feita no corpo de uma mulher saudável sem o seu consentimento. Ela representa o poder da obstetrícia na qual os bebês não podem sair do ventre sem que as mulheres sejam cortadas e evita que elas vivenciem o parto como evento sexual, sendo uma forma ritual de mutilação genital. Para muitas mulheres, esse ato tem como consequência a incontinência fecal e urinária (Boston Women's Health Book Collective, 1998). A não realização de episiotomia de rotina está associada à manutenção da integridade do períneo (músculo que sustenta os órgãos sexuais) em aproximadamente 60% dos partos (CARROLI e MIGNINI, 2009).
- **Manobra de Kristeller:** muito usado quando o bebê demora a sair. Procedimento proscrito (extinto) e proibido em diversos países. Consiste em empurrar o fundo do útero, ou seja, fazer pressão de qualquer intensidade sobre a barriga da mulher para empurrar o bebê. Dentre os riscos associados a esta manobra, estão:
 - Trauma perineal;
 - Trauma nos esfíncteres (músculos) anais;
 - Ruptura uterina;
 - Danos e paralisia dos nervos;
 - Lesões graves internas e descolamento placentar;
 - Incontinência urinária.

Outras intervenções abusivas ou desnecessárias

- **Exames de toque abusivos:** sendo realizada muitas vezes de forma fre-

quente, dolorosa e por muitos profissionais sem pedir sequer a autorização da mulher. A OMS recomenda que o exame vaginal seja realizado com

intervalo mínimo de quatro horas, com a mulher em decúbito lateral esquerdo e jamais durante as contrações.

- **Desrespeitar o direito da mulher à privacidade:** permitir a entrada de pessoas não autorizadas no local do parto, restringido a privacidade e causando constrangimento à mulher. Deixar a mulher exposta fisicamente ou revelar informações confidenciais e/ou sigilosas.
- **Realizar intervenções/procedimentos sem o conhecimento e consentimento da mulher:** é direito da mulher ser informada dos riscos e benefícios das intervenções, bem como de suas indicações, antes de sua realização.
- **Toque retal, jejum forçado, tricotomia (raspagem dos pelos) e enema (lavagem intestinal):** procedimentos descritos pela OMS como “condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas”.
- **Restrição à deambulação (caminhar) e liberdade de movimentos.**
- **Estabelecer limites rígidos de tempo para a duração das fases do trabalho de parto.**
- **Direcionamento de “puxos”:** estimular a parturiente a fazer força indevidamente.

- **Manobra de Valsava:** orientar a mulher a cerrar os dentes e fazer força.
- **Obrigar a mulher a ficar em decúbito dorsal:** desestimular a escolha pela mulher da posição/ambiente em que quer parir pode interferir na duração do período expulsivo, na dor e no desconforto materno, além da adequada oxigenação do bebê.
- **Clampeamento precoce do cordão umbilical:** consiste em clampear (estancar) e cortar o cordão umbilical imediatamente após o nascimento. Aguardar o corte do cordão umbilical por três minutos, além de permitir a adequada adaptação metabólica do recém-nascido, permite um maior aporte de ferro associado a menores taxas de anemia até o sexto mês de vida do bebê.

Consequências destas intervenções:

- Maior número de cesáreas desnecessárias;
- Problemas de ordem física e psíquica para a mãe, como depressão e estresse pós-traumático;
- Mal-estar para o bebê durante o trabalho de parto;
- Uma série de doenças e infecções possíveis de ser evitadas à mãe e ao bebê.

A cesárea ‘salva vida’

- A “opção” pela cesárea como garantia de internação.

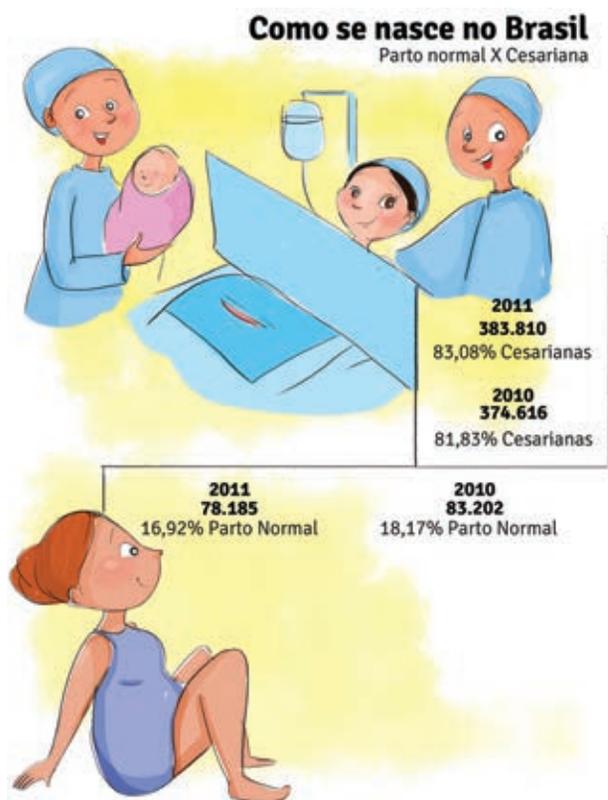
- Ao contrário do que muitos acreditam, as mulheres brasileiras não estão, em sua maioria, convencidas de que a cesárea é a melhor alternativa de parto. Vários estudos mostram que a maioria das gestantes, nas diversas camadas sociais, preferem o parto vaginal e buscam profissionais que se comprometam com essa preferência. Mas elas em geral não conseguem viabilizar seu desejo e acabam prevalecendo à indicação do profissional, menos ou mais apropriada, no decorrer do parto.
- Em uma pesquisa realizada em dez municípios do interior de Pernambuco, os partos cesáreos chegam a 39,41%, um índice muito alto, sendo que a OMS recomenda um número máximo de 15%. No Brasil, em 2011, 44% dos partos foram cesáreas, o que coloca o país como detentor de um dos maiores índices do mundo dessa prática.

A cesárea é usada abusivamente nestes casos:

- Circular de cordão. O cordão umbilical enlaçado no pescoço do feto ou recém-nascido é motivo de muitas dúvidas e medo entre as gestantes, que por motivo de insegurança ou falta de informações acabam superestimando este fato;
- Trabalho de parto prolongado. Esse tempo é individual, não havendo padrões, bastando a mãe e o bebê estarem em boas condições;
- Período expulsivo prolongado. Existe apenas uma média de referência para esta fase do parto, não havendo um tempo estipulado;
- Pós-datismo. Nos anos de 1970, esperava-se até 42 semanas para o nascimento. Hoje, após 40 – ou menos – a criança é extraída do ventre materno sob a alegação de gestação prolongada, muitas vezes prematuramente por equívoco de data;
- Pressão alta;
- Bacia “muito estreita”. Não é possível medi-la sem prova de trabalho de parto;
- Bebê “muito grande”. Os ossos e tecidos da mãe se movem para a passagem da criança;
- Cesárea anterior. O risco de ruptura da cicatriz uterina é idêntico a de quem nunca passou por cirurgias anteriormente;
- Primigesta (gestante pela primeira vez) com mais de 35 anos;
- Primigesta adolescente;
- Presença de HPV, verrugas genitais, miomas e cistos;
- Pouco ou muito líquido amniótico;
- Problema de hemorroidas;
- Pressa da equipe ou descrença na capacidade da mulher de parir naturalmente.

A mulher que é submetida a uma cesariana sem indicações clínicas precisas está sendo exposta a três vezes mais riscos de contrair infecção, ter hemorragia, problemas decorrentes da analgesia e dificuldades na amamentação,

dentre outros, e seu bebê a riscos decorrentes da prematuridade iatrogênica (causada por medicamentos ou o ambiente hospitalar), tais como baixo peso, problemas respiratórios e icterícia grave.



Fonte: <http://doulaepensamento.blogspot.com.br/2012/08/pensamento-da-falta-de-informacao.html>

VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL

De acordo com pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, em 2010, uma em cada quatro brasileiras relatou ter sofrido algum tipo de violência durante a assistência ao parto. Trata-se de um tipo de violência bastante específica e comum nas instituições hospitalares.

Segundo Wolff e Waldow (2008), a cesárea é uma violência praticada pelas equipes de saúde e consentida por mulheres em trabalho de parto, que se submetem a ela principalmente por desconhecem

o processo fisiológico do parto, por não serem informadas pelos profissionais de saúde sobre as melhores práticas de assistência, por temerem pela vida do bebê e pelo mau atendimento, pela condição de desigualdade entre médico e paciente (o médico é o detentor do conhecimento, da habilidade técnica) ou simplesmente por acreditarem ser uma prática normal.

É comum a ocorrência de agressões verbais direcionadas à mulher que chora ou se queixa no momento do parto.

Na assistência ao parto, muitas vezes os preconceitos presentes na formação dos profissionais de saúde e na organização dos hospitais fazem com que frequentes violações dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres sejam parte da rotina “normal” da assistência.

No final do século 20, a OMS definiu que para atingir a maternidade segura seria necessário mudar radicalmente o modo como os serviços de saúde tratam as mulheres. Foi reconhecido que, muitas vezes, os profissionais de saúde são autoritários e rudes com as mulheres grávidas e que elas se sentem humilhadas e até ameaçadas em suas interações com esses profissionais. A má qualidade dessa interação muitas vezes resulta em consequências graves para a segurança do parto e para a saúde.

“Os objetivos da Iniciativa Maternidade Segura só serão alcançados quando as mulheres estiverem fortalecidas e os seus direitos humanos – incluindo seu direito a serviços e informação de qualidade durante e depois do parto – forem respeitados.”

(WHO, 1998)

Violências sofridas durante o atendimento ao parto

Por local do parto e quantidade de filhos



	Local do parto			
	Total 100%	Rede pública 74%	Rede privada 17%	Ambas 8%
Sofreu alguma violência	25	27	17	31
Não sofreu	75	73	83	69

	Quantidade de filhos				
	1	2	3	4 ou 5	6 ou mais
Sofreu alguma violência	25%	28%	21%	17%	9%
Não sofreu	73	78	75	71	74

Fonte: <http://mundodesalienado.wordpress.com/tag/parto-normal-x-parto-cesarea/>.

A humanização como resposta à violência

Saber reconhecer a violência no parto é reconhecer:

- A violência verbal (ameaças, xingamentos e humilhações);
- O abandono, a falta de privacidade, os exames de toque vaginal abusivo;
- A episiotomia de rotina, a separação mãe/bebê, as restrições de acompanhante, o uso abusivo de medicamentos;
- A Manobra de Kristeller e a cesárea desnecessária;
- Outras práticas que agredem a parturiente, que mostram que a violência contra a mulher extrapola o ambiente doméstico, alcançando o ambiente institucional.

O BEBÊ NASCEU,
O PARTO
ACABOU?



Até a placenta sair e a mãe não estar estável, o parto não acabou. Realizar tração do cordão e massagens para agilizar a saída da placenta provoca riscos de hemorragia e infecção puerperal.

Revisar manualmente a cavidade uterina como rotina é descrita pela OMS como uma “conduta frequentemente utilizada de modo inadequado”.

O RECÉM-NASCIDO



O bebê passou nove meses em simbiose (associação) estreita no ventre da mãe e demorará uns três meses para se adaptar ao novo ambiente. A interação entre mãe e bebê estimula a confiança e o primeiro cheiro, a primeira mamada, a troca não-verbal frente a frente, são muito importantes. O bebê não nasce completamente desenvolvido e precisa continuar a sua maturação emocional e física.

Para a mãe e para o recém-nascido, isso significa que o período pós-parto é um tempo de adaptação e reconhecimento mútuo, onde instinto e hábitos culturais vão ter um papel preponderante. É importante destacar que essa interação, embora importante, pode ser reproduzida com outra pessoa além da mãe. Mas essa pessoa sempre deve ser a mesma, como pai, irmão etc.

Como com os animais, no caso dos bebês cangurus que continuam a crescer e se fortalecer na bolsa da mãe, o bebê humano também precisa ficar em contato estreito com a mãe.

PERÍODO PÓS-PARTO IMEDIATO



O bebê deve ser colocado sobre o corpo da mãe para sentir seu cheiro e calor, e ter contato com a mama. Esse cuidado é fundamental para a relação entre mãe e filho e ajuda na amamentação, que deve começar, se possível, na primeira hora de vida, em um contato chamado de “pele a pele”. O Ministério da Saúde e a Academia Brasileira de Pediatria recomendam o clampeamento (estancamento) tardio do cordão umbilical. Isso significa que é preferível esperar o cordão parar de pulsar para poder cortá-lo. Assim, o recém-nascido recebe o volume de sangue e o oxigênio necessários para poder efetuar uma transição tranquila e saudável da condição intrauterina para a vida externa.

Somente após esse período, o pediatra faz uma cuidadosa avaliação da saúde do bebê. Se o bebê for prematuro, não se mover normalmente ou respirar com dificuldade poucos minutos depois do parto, deve ser atendido imediatamente.

O QUE ACONTECE COM A MÃE?

A espera da soltura da placenta pode demorar um pouco, especialmente se o cordão umbilical não for cortado imediatamente, e isso é normal. Até 15

minutos não é um tempo incomum. E neste período, é muito importante verificar se a mãe não tem perda significativa de sangue.

Importante lembrar que se a mãe segura o próprio bebê assim que nasce, produzirá o hormônio ocitocina, que irá ajudar o útero a se contrair e portanto auxiliar na liberação da placenta, evitando uma hemorragia pós-parto.

O QUE SERIA ACONSELHÁVEL PARA O ACOMPANHAMENTO DO RECÉM-NASCIDO

Estudos apontam que bebês que foram colocados em contato pele a pele com suas mães nas primeiras horas de vida choram menos nos primeiros meses, mamam mais e as mães interagem mais com o bebê. O contato pele a pele acalma o bebê e a mãe, que entram em sintonia única proporcionada por esse momento, auxilia a estabilização sanguínea, os batimentos cardíacos e a respiração da criança, reduz o choro e o estresse do recém-nascido, havendo menor perda de energia, e mantém o bebê aquecido pela transmissão de calor de sua mãe. Em virtude deste

contato, algumas bactérias benéficas da mãe são transmitidas ao seu filho, o que faz parte de um processo natural e desejado para poder aumentar a imunidade do recém-nascido.

O vérnix (substância que recobre o bebê ao nascer) também é uma fonte de proteção importante para a pele do bebê, por isso, é importante não dar banho logo após o nascimento, mas enxugar as secreções e o sangue com toalhas limpas e secas.

Bebês que nasceram de parto normal e que estejam bem não precisam ser aspirados e nem de sondas para avaliar as cavidades nasais e bucais. Ao passar pelo canal de parto, os pulmões do bebê são massageados, provocando a expulsão natural do líquido amniótico e outras secreções.

Não fazer qualquer procedimento com o recém-nascido sem conhecimento/ consentimento dos pais também está incluído nos seus direitos, mas é pouco observado. É importante lembrar que pais informados de maneira adequada são menos ansiosos e mais capazes de lidar com o recém-nascido.

Então, um bebê saudável deve permanecer com a mãe, pele a pele, desde

o nascimento, sem ter que passar por manipulações estressantes, banhos frios etc. O recém-nascido pode e deve ser examinado no quarto com a mãe, porém todos os procedimentos como peso, medidas etc. podem ser realizados duas horas após o parto para facilitar o entrosamento entre mãe e filho.

Deixe o bebê tranquilo!

O QUE NÃO PODE SER FEITO COM O BEBÊ

- Não permitir o nascimento espontâneo do bebê, realizando fórceps e vácuo de rotina sem autorização da mulher, pode levar a traumatismos e piores graus de Apgar (nota dada ao bebê no primeiro e no quinto minutos de vida e que serve para avaliar sua vitalidade).
- O clampeamento precoce do cordão umbilical consiste em estancar e cortar o cordão umbilical imediatamente após o nascimento. Deve-se aguardar para fazer o corte do cordão umbilical por três minutos, que além de permitir a adequada adaptação metabólica do recém-nascido permite um maior aporte de ferro associado a menores taxas de anemia até o sexto mês de vida.

- Estudos comprovam que a temperatura corporal no recém-nascido é em média um grau mais elevada no colo de sua mãe do que no berço aquecido, e que a amamentação na primeira hora de vida favorece a pega correta do mamilo, e portanto o sucesso da amamentação, além de colonizar o bebê com as bactérias da mãe, ajudando-o a criar resistência.
- Não é apropriado um bebê saudável permanecer em berçários isolados nas primeiras horas de vida ou durante todo o período de internação. A resolução RDC 36 do Ministério da Saúde, datada de 2013, e muitos outros documentos científicos orientam: “O serviço deve garantir a adoção de alojamento conjunto desde o nascimento”, sem separação para observação do contato íntimo, pele a pele, da mãe com o bebê após o nascimento, momento em que o recém-nascido está em estado de vigília. Isso diminui o estresse do bebê, facilita o vínculo entre mãe e bebê e aumenta as chances de sucesso na amamentação. Não obstante, muitos bebês quando nascem apenas são mostrados às suas mães e levados para o berçário, onde permanecem durante as primeiras horas de vida.
- É indevido aspirar as vias aéreas do recém-nascido como rotina para

identificar atresia (obstrução) de coanas (fossas nasais) ou passar sonda no ânus para verificar atresia de esôfago e ânus imperfurado (ausência da abertura anal normal). Geralmente, o diagnóstico faz-se brevemente depois da criança nascer através de um exame físico de rotina. As crianças que têm um ânus imperfurado também podem ter outras anomalias congênitas perceptíveis. Segundo o Ministério da Saúde, um diagnóstico observacional para recém-nascidos normais e saudáveis é suficiente, evitando, dentre outras complicações, perfurações e edemas de mucosa.

- Não se deve adotar nenhum procedimento com o recém-nascido sem conhecimento e consentimento dos pais, como oferecer chupetas, mamadeiras com leite não-materno, dar banho, aplicar vacinas, vitaminas, além de nitrato de prata ou antissépticos nos olhos do bebê, este último um protocolo que precisa ser revisado, pois visa à redução das infecções oftálmicas mesmo em filhos de mães não-infectadas. A avaliação deve ocorrer no quarto, na presença dos familiares.

Atitudes e comportamentos do recém-nascido

O choro do bebê é o último modo de

comunicação que ele tem se os comportamentos não-verbais ainda não foram reconhecidos pela mãe ou a pessoa que toma conta dele.

Os hábitos de um recém-nascido mudam depois de algumas semanas, a cabeça fica mais firme, o sorriso aparece, ele se apresenta mais atento ao que se passa ao redor, inclusive responde mais quando a mãe interage com ele. Tudo isso não é só fruto de uma aprendizagem passiva, mas também do ambiente e da interação das pessoas que estão cuidando da criança. A primeira tarefa de um recém-nascido é a de aprender a reconhecer o mundo imediato que o rodeia, como a mãe e outros membros da família, e a confiar nestas pessoas para poder crescer física, emocional e intelectualmente.

O QUE O RECÉM-NASCIDO FAZ PARA MOSTRAR QUE ESTÁ COM FOME, FRIO, CALOR, MOLHADO OU SUJO

Chora, chora, chora... Mas esse choro não é sempre o mesmo. Muitas mães reconhecem cada tipo de choro. Esse choro pode também ser um diálogo se o bebê se sente sozinho e quer colo. Não podemos classificar este momen-

to de ruim nem de bom, o choro é a única forma de comunicação verbal que o bebê tem nas primeiras semanas de vida. É importante reconhecer isso para poder atender às necessidades do recém-nascido que vai, portanto, aprender a confiar no mundo.

Bebê com sono

Muitas vezes o recém-nascido cai no sono de maneira espontânea e fácil. Se alguma coisa o está incomodando, como uma fralda molhada, o calor etc., o bebê irá manifestar o desconforto com choro, e se for atendido de maneira pronta se acalma e logo cairá no sono novamente.

Bebê sem sono

O bebê sem sono nem sempre manifesta desconforto ou fome. Ele pode precisar interagir com a mãe e demonstrar isso de maneira clara, seguindo os olhos da mãe, atento à voz dela ou nos seus carinhos. Como o vocabulário dele é muito limitado ainda, vai demonstrar interesse no que se passa por meio de movimentos mais ativos, grunhidos etc. Mas de qualquer maneira o choro de um recém-nascido também é uma maneira de pedir conforto, leite etc. É também importante destacar que cada recém-nascido, desde os primeiros dias de vida,

demonstra comportamentos individualizados e personalidade diferente que pouco a pouco vai se desenhar de maneira mais e mais nítida.

Os direitos do bebê no hospital



“O Ministério da Saúde recomenda com veemência uma postura menos invasiva e mais cuidadosa com o recém-nascido. Parto normal: fisiologicamente o melhor para a mãe e o bebê. Os bebês nascidos por cesárea são mais alérgicos, menos amamentados ou em menor tempo, são mais propensos à obesidade, têm mais risco de morrer, têm aumentadas as chances de ter problemas respiratórios e podem ter o vínculo com as suas mães prejudicado também.”

(Marcus Renato Carvalho, pediatra docente da UFRJ no IHU um line)

Alojamento conjunto

Logo após o parto, mãe, filho e acompanhante têm direito de ficar juntos, em alojamento conjunto que pode ser quarto ou enfermaria. Se o bebê tem boa vitalidade não há necessidade de deixá-lo em observação no berçário, como ainda frequentemente é feito. Desse modo, o aleitamento continua em livre demanda, a adaptação familiar é respeitada e o recém-nascido descansa melhor perto da mãe do que no berço.

QUAIS SÃO OS OUTROS DIREITOS DO BEBÊ

- Ser registrado gratuitamente.
- Receber a Caderneta de Saúde.
- Realizar gratuitamente o teste do pezinho (o ideal é que seja feito entre o terceiro e o sétimo dia de vida).
- Realizar gratuitamente o teste da orelhinha.
- Ter acesso a serviços de saúde de qualidade.
- Receber gratuitamente as vacinas indicadas no calendário básico de vacinação.
- Mamar exclusivamente no peito durante os primeiros seis meses de vida.
- Ser acompanhado pela família e pelos profissionais de saúde em seu crescimento e desenvolvimento.
- Ser acompanhado pelos pais durante a internação em hospitais.
- Ter uma família e convivência com a comunidade.
- Viver num lugar limpo, ensolarado e arejado.
- Viver em ambiente afetuoso e sem violência.

O papel dos gestores

Os gestores da saúde, tanto no governo federal como nos estados e nos municípios, têm responsabilidades claramente definidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir os direitos de gestantes, parturientes, puérperas e bebês.

De volta para casa

O papel do agente de saúde nos primeiros dias após o parto:

- Analisar a condição de moradia, higiene, relações familiares, presença do companheiro, dificuldade financeira e situação de violência;
- Avaliar e incentivar a amamentação, e observar sinais de infecção no umbigo do bebê, além de outros riscos e vulnerabilidades;
- Estimular a família para que faça o Registro Civil de Nascimento, caso o bebê ainda não possua a Certidão de Nascimento, assim como reforçar as informações sobre a importância da primeira consulta do bebê (entre o quinto e o sétimo dias de vida).

O que acontece com a mãe

A mãe deve voltar à unidade de saúde pelo menos duas vezes:

- A primeira até dez dias após o parto para avaliação de sua saúde, realizar exame das mamas e receber orien-

tações sobre amamentação;

- Cerca de 40 dias após o parto, com o companheiro/marido para receber orientação sobre o planejamento familiar.

A mãe deve ser informada que precisa ir à unidade de saúde a qualquer momento se apresentar febre, sangramento excessivo ou corrimento com mau cheiro, pressão alta ou dor de cabeça.

ATENÇÃO

A mulher no puerpério precisa de repouso, ajuda, carinho e uma boa alimentação, pois está amamentando o bebê. Desta forma, a família deve estar atenta às mudanças de humor e eventuais choros da nova mãe, que podem ser frequentes devido às mudanças familiares e as novas responsabilidades, para evitar uma possível depressão pós-parto.

PARA LEMBRAR

Depressão pós-parto não é incomum, especialmente em famílias que têm dificuldades emocionais, financeiras e nos casos de mães adolescentes, mães solteiras e mães com experiência prévia de distúrbios psiquiátricos. Se os choros ocasionais do pós-parto não pararem, sendo acompanhados de insônia e falta de apetite, a nova mãe deve ser imediatamente encaminhada para consulta médica.

Na ocorrência de depressão pós-parto, essas mães precisam de maior cuidado e acompanhamento mais frequente.

Se há dores de cabeça acompanhadas de pressão alta, deve-se encaminhar imediatamente para consulta. A pré-eclampsia pós-parto não é tão comum quanto a pré-eclampsia pré-natal, mas é importante lembrar-se de que o risco é elevado.

Se há perda de sangue mais abundante do que numa menstruação e com mau cheiro, dor de barriga, febre, calafrios, pode-se tratar de infecção puerperal e/ou hemorragia pós-parto, uma das maiores causas de morte materna, devendo-se ter atenção imediata e fazer um encaminhamento à unidade de saúde.

PRIMEIRA CONSULTA DO BEBÊ

- Deve ser realizada na primeira semana de vida, em especial para realizar o teste do pezinho (obrigatório por lei) e explicar sua função no diagnóstico precoce de algumas doenças.
- Administrar as primeiras doses das vacinas para hepatite B e BCG e para vacinar a mãe contra a rubéola, orientando-a sobre as demais vacinas que o bebê deverá receber.

- Avaliar a amamentação, o estado geral do bebê, a higiene e reforçar as informações sobre os cuidados com o coto (ponta) do cordão umbilical no bebê.

Estas atividades fazem parte do acompanhamento da criança, que deve ser realizado nos primeiros anos da vida do bebê e de acordo a atenção recomendada pelo Ministério da Saúde.

Cuidados e alimentação do bebê

- O bebê precisa de água limpa, lugar arejado e calmo, carinho, afeto, companhia e o peito da mãe.
- Água limpa filtrada é indispensável para dar banhos frequentes e fazer a limpeza da criança.
- Os cuidados com o umbigo devem ser feitos com água filtrada para evitar infecções, sendo que o uso de álcool e outros produtos é recomendado pela OMS.
- O ambiente onde permanece o bebê deve ser ventilado, sem fumaça ou sujeira, pois colabora para evitar problemas respiratórios, entre outros. A família deve estar consciente de que não pode fumar numa casa onde há um recém-nascido. Estudos apontam a exposição, mesmo que indireta, do recém-nascido ao tabaco como sendo um fator importante de

risco de morte súbita.

- Ruídos altos ou música com volume acima do normal podem prejudicar a audição da criança, ocasionando lesões internas auditivas irreversíveis.

Carinho, afeto e companhia

O hábito de deixar o bebê sempre no berço não é aconselhável por distintas razões:

- **Desenvolvimento psicomotor:** o cérebro não está maduro ainda e precisa de muitas estimulações auditivas e visuais, além de interações com os membros da família e a mãe;
- **Desenvolvimento emocional e físico:** nos anos 90, depois da abertura dos países da Europa Oriental, organizações humanitárias descobriram situações dramáticas na Romênia, onde órfãos abandonados em asilos, e sem quase contato humano, demonstravam comportamentos autísticos avançados e retardo mental profundo. Foi provado que a falta de carinho e cuidado com esses bebês e crianças provocaram essas patologias dramáticas. Outro exemplo foi durante a Segunda Guerra Mundial, na Inglaterra, onde foi verificado que os bebês órfãos que ficavam em instituições, apesar de serem alimentados, mas sem afeto e estímulos, morriam em maior número que os que tinham família;

- **Desenvolvimento social:** o bebê humano aprende logo se exposto a outras pessoas interagindo com ele, pois a educação começa no berço e comportamentos positivos ou negativos influenciam de maneira duradoura nos pequenos humanos.

E o peito?

Os principais cuidados para facilitar o aleitamento e evitar o desmame precoce são:

- Oferecer ao bebê o peito na primeira hora depois do parto. Isto favorece a saída da placenta, a limpeza do mecônio (as primeiras fezes do bebê) e estimula o aleitamento mais cedo. É importante que se dê somente leite materno e nada mais (nem água ou chá) durante os seis primeiros meses;
- O aleitamento deve se dar por demanda do bebê, ou seja, sempre que ele pedir e não em horários determinados;
- Para facilitar o aleitamento é necessário dar o peito de forma correta. A criança deve abocanhar toda a aréola (parte escura) do peito e não só o bico. Não se deve oferecer chupeta ou mamadeira, pois o seu uso deforma a mandíbula e os dentes;
- O desmame precoce contribui para a desnutrição, a mortalidade infantil e pode prejudicar o vínculo da mãe com o bebê. O leite materno é o ali-

mento ideal, além de proteger contra infecções e estreitar o vínculo entre mãe e filho;

- A amamentação garante a saúde da criança e pode se estender depois dos seis meses até os dois anos de idade ou mais, juntamente com outros alimentos (recomendações da OMS e do Ministério da Saúde).

SINAIS DE PERIGO PARA O BEBÊ

A mãe e a família precisam saber reconhecer os sinais de perigo para o recém-nascido e responder de acordo. Muitas vezes os recém-nascidos morrem por causa de:

- Atraso no reconhecimento dos sinais de perigo;
- Atraso em decidir procurar cuidados médicos;
- Atraso em chegar até um profissional de saúde ou unidade de saúde.

Por isso, é muito importante que a mãe e a família saibam reconhecer os sinais de perigo.

O que observar?

Os sinais mais comuns de doença em um bebê são:

- Deixar de mamar bem e estar frio;
- Apresentar dificuldade para respirar;
- Ter dificuldade para mamar ou incapacidade de chupar;

- Estar frio ou muito quente, com febre;
- Ficar com as pálpebras vermelhas e inchadas, secreção de pus dos olhos;
- Estar com a pele avermelhada, inchaço, pus ou mau cheiro;
- Apresentar pele pálida ou azulada;
- Mostrar dificuldades de cicatrização do cordão umbilical ou umbigo;
- Ter convulsões/desmaios;
- Estar com icterícia/pele amarelada após os primeiros dias de vida;
- Vomitar abundante e frequentemente em jato;
- Manifestar quadro de diarreia com mau cheiro, não suave.

Observação: Os bebês aleitados podem defecar a cada mamada e com fezes bem líquidas, de cor amarela, ou esverdeada. Isso é normal. Neste caso, deve-se prestar atenção a um cheiro característico de queijo suave, o que é sinal de boa saúde.



CASOS ESPECIAIS E BEBÊS PREMATUROS

- Bebês doentes precisam de mais cuidados e podem até ficar na UTI, como nos casos de HIV ou hepatites.
- O bebê de baixo peso ou prematuro precisa ser alimentado com frequência e observado de maneira cuidadosa. Não pode ficar exposto ao mínimo frio e por esse motivo necessita de mais aquecimento do que um recém-nascido saudável. O frio gera estresse e maior fragilidade, podendo ocasionar doenças respiratórias, entre outras.
- O Método Canguru, criado na Bolívia há 30 anos para poder ajudar os prematuros onde não haviam incubadoras, deve ser utilizado para garantir que os bebês prematuros mantenham contato pele a pele com a mãe ou com o seu cuidador. Nesse método, o bebê permanece com o mínimo de roupa junto ao corpo da mãe ou do cuidador, na posição vertical, o máximo de tempo possível. Estudos mostram que os “bebês cangurus” ganham mais peso e se fortalecem de maneira mais rápida do que os bebês mantidos em incubadoras, pois dessa maneira eles se sentem mais seguros e protegidos, gastam menos energia para se manter aquecidos, aprendem mais rapidamente a mamar no peito e vão para casa mais cedo. O método também fortalece o vínculo afetivo entre o adulto e o bebê.
- A mãe de um bebê prematuro deve ser orientada e acompanhada por profissionais capacitados (direitos do bebê).

ANEXOS

Rede Cegonha

O plano do governo federal é garantir pelo SUS (Sistema Único de Saúde) atendimento seguro e humanizado desde a confirmação da gravidez até os dois primeiros anos de vida do bebê. Isso significa que a medida abrange a assistência obstétrica (à mulher) – com foco na gravidez, no parto e no pós-parto como também a assistência infantil.

Introduzido pelo governo da presidente Dilma Roussef em 2011, a Rede Cegonha conta com R\$ 9,397 bilhões do orçamento do Ministério da Saúde para investimentos até 2014, que estão sendo aplicados na construção de uma rede de cuidados primários à mulher e à criança.

Estimativas divulgadas pelo Ministério da Saúde apontam que atualmente o Brasil tem aproximadamente cerca de três milhões de gestantes, sendo que mais de dois milhões são assistidas exclusivamente pelo SUS.

Metas da Rede Cegonha

O objetivo é que ações sejam aplicadas em todo o país. Porém, a prioridade do cronograma está sobre as regiões da Amazônia Legal e Nordeste – que tem os mais altos índices de mortalidade materna e infantil – e as regiões metropolitanas, envolvendo a maior concentração de gestantes. Porém, qualquer município pode aderir à Rede.

Seus objetivos

Fomentar a implementação de um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança; organizar uma rede de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Gestantes e atenção hospitalar

A Rede Cegonha tem atuação integrada com as demais iniciativas para a saúde da mulher no SUS, com foco nas cerca de 61 milhões de brasileiras em idade fértil. Nos postos de saúde, está sendo introduzido o teste rápido de gravidez. Confirmado o resultado positivo, é garantido um mínimo de seis consultas durante o pré-natal, além de uma série de exames clínicos e laboratoriais. A introdução do teste rápido, inclusive para detectar HIV e sífilis, também é uma novidade para reforçar o diagnóstico precoce e a adesão ao tratamento.

Desde a descoberta da gravidez até o parto, as gestantes têm acompanhamento e sabem, com antecedência, onde darão à luz. As grávidas recebem auxílio para se deslocarem até os postos de saúde para realizar o pré-natal e a maternidade na hora do parto, com vale-transporte e vale-taxi.

Nas unidades hospitalares houve a criação de novas estruturas a fim de

proporcionar a garantia de sempre haver vaga para gestantes e recém-nascidos nas unidades de saúde.

A Rede Cegonha também promove a qualificação dos profissionais de saúde que dão a assistência adequada às gestantes e aos bebês. Entre as novas estruturas estão as Casas da Gestante e do Bebê, que dão acolhimento e assistência às gestantes de risco, e os Centros de Parto Normal, que funcionam em conjunto com a maternidade para humanizar o nascimento.

Programa Mãe Coruja Pernambucana

Criado em 2007 por meio do decreto de nº 30.859, o **Programa Mãe Coruja Pernambucana** está presente em 103 municípios do Estado. O seu objetivo é garantir uma boa gestação, assim como um bom período posterior ao parto à mulher e o direito a um nascimento e desenvolvimento saudáveis à criança. A ação busca reduzir a mortalidade materna e infantil, assim como estimular o fortalecimento dos vínculos afetivos entre mãe, filho e família.

Em 2009, o governador do Estado transformou o Programa em lei de número 13.959, de 15 de dezembro. Com uma rede de ações intersecretoriais que inclui o trabalho de sete secretarias de estado, o Programa atua nas áreas de saúde, educação, desenvolvimento social e assistência. As ações são desenvolvidas por meio dos Cantos Mãe Coruja, espaços físicos que estão presentes em todos os municípios com mortalidade acima de 25 para cada 1.000 nascidos-vivos.

Cada Canto Mãe Coruja conta com dois profissionais para cadastrar e acompanhar as gestantes e seus filhos, articulando as ações das diversas secretarias estaduais, municipais, sociedade civil organizada e parceiros, criando assim uma rede solidária para o cuidado integral da gestante, filho e família. No sentido de visualizar necessidades e encaminhamentos, foi criado um sistema de informação por onde se faz o monitoramento das ações.

O Programa tem como objetivo cuidar da gestante e da criança através da articulação com a rede de saúde existente no município e, após o nascimento, a criança também passa a ser acompanhada pelos profissionais dos Cantos Mãe Coruja até completar cinco anos de idade.

Além da implantação e equipagem dos Cantos Mãe Coruja, o Programa investe também na estruturação de equipamentos para a utilização nas maternidades por meio de convênios com os municípios. Dentro das ações desenvolvidas pelo Programa, mantém um calendário de capacitações para profissionais de saúde dos municípios onde o Programa atua nas áreas de saúde da mulher, parto humanizado, imunização, aleitamento materno, segurança alimentar e nutricional e monitoramento da criança de risco, entre outros. Há, também o incentivo à investigação do óbito materno, fetal e infantil. (Linha de base: **Programa Por Todas as Crianças e Projeto Salvando Vidas de Crianças no Nordeste do Brasil**, Petrolina, agosto de 2013).

BIBLIOGRAFIA/REFERÊNCIAS

1. Álbum Seriado Promovendo o Aleitamento Materno Brasil. Ministério da Saúde, UNICEF Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde 2ª edição, revisada. 2007 <http://www.unicef.org/brazil/pt/aleitamento.pdf>.
2. Amara dos Santos, Celerino A Carriconde, Diana Mores: Terra Viva. Terapias Complementares e Integrativas. Editora Babeco Olinda, 2011.
3. Artigo: Folha de São Paulo 24/02/2011 - 07h49 Uma em quatro mulheres relata maus-tratos durante o parto <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/880316-uma-em-quatro-mulheres-relata-maus-tratos-durante-o-parto.shtml>.
4. Artigo Pesquisa mostra que mulheres preferem parto normal: 11 de Setembro de 2002, <http://www.estadao.com.br/arquivo/nacional/2002/not20020911p53841.htm>.
5. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher 4ª edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 150 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.40) bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf.
6. Atenção ao pré-natal de baixo risco: Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32) http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf.
7. ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA PERGUNTAS E RESPOSTAS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE: Ministério da Saúde, 2005. 20 p. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 3) <http://www.redesaude.org.br/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/normas-tecnicas/005.pdf>.
8. Bobbio, Paulo A. Química do processamento de alimentos/ Paulo A. Bobbio, Florinda Orsatti Bobbio – 2. ed. – São Paulo: varela, 1992. http://www.cimas.com.br/artigo/243/As_cores_dos_alimentos_e_seus_beneficios.html.
9. Caderno Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011 4 v.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicas) http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v1.pdf.
10. Cartilha Ministério da Saúde e UNICEF, Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê /UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância; (ilustrações de Ziraldo). -- São Paulo: Globo, 2011.
11. Condenação do Brasil pelo Comitê Cedaw no “Caso Alyne” completa 1 ano: http://www.dhescbrasil.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=614:um-ano-condenacao-brasil-caso-alyne&catid=69:antiga-rok-stories.
12. Diana Beck, Frances Ganges, Susan Goldman, Phyllis Long: Cuidados ao Recém-Nascido Save the Children Federation, 2004, <http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/CARE-OF-THE-NEWBORN-REFERENCE-MANUAL-PORT.PDF>.
13. Diana Mores: Cartilha Segurança Alimentar. Centro Nordestino de Medicina Popular .GCL Gráfica.2003.
14. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: Ministério da Saúde, 2006. 52 p. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; caderno nº 2) http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_direitos_sexuais_2006.pdf.
15. Dossiê Humanização do parto, Rede Feminista de Saúde, São Paulo 2002 <http://www.redesaude.org.br/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/dossies-da-rede-feminista/015.pdf>.
16. Edilsa Pinheiro Regine Marton: Cartilha para Treinamento de Doulas na Maternidade Leide Moraes. Natal 2011 Arquivo pessoal.
17. Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê: Cartilha Ministério da Saúde e UNICEF, São Paulo: Globo, 2011 http://www.unicef.org/brazil/pt/br_guiagestantebebe.pdf.
18. Melania Amorim: Indicações Reais e Fictícias para a Cesárea. Publicado em 17 de abril de 2013 <http://gabypatriota.com.br/2013/04/17/indicacoes-reais-e-ficticias-para-a-cesarea/>.
19. Linha de base sobre a Saúde Materno-infantil: Projeto Salvando vida de crianças no Nordeste brasileiro. Petrolina Agosto 2013.
20. Marcia Koifman: Humanização no Parto: Pré-Natal Alta Cobertura, Baixa Eficiência. Revista RADIS No 117 Maio 2012.
21. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento – Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea 2004.
22. Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave PAHO OMS Washington DC 2011 bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2417.pdf.
23. Regine Marton Infant Growth and Development: Curso à distância para parteiras certificadas profissionais, para Aviva College of Midwifery 2009 USA.
24. Soares Kirtin: Trabalhando Saúde Sexual e Reprodutiva, Gênero e Controle Social, Através do Ciclo da Vida. Centro Nordestino de Medicina Popular, GCL-Gráfica e Editora LTDA 2004.
25. Violência no parto e violência contra a mulher Dossiê, Denúncia à Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais Belo Horizonte 2012 http://www.abenfomg.com.br/site/arquivos/outros/manuais/40_violencia-parto-minas.pdf.
26. Violência Obstétrica “Parirás com dor” Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres 2012 <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>.
27. United Nation. Humam Rights on preventable maternal mortality and humam rights 2010.

Missão

Promover a defesa dos direitos e o exercício da cidadania de crianças e adolescentes.

Visão

Uma sociedade justa e responsável pela proteção e pleno desenvolvimento de suas crianças e adolescentes.

Valores

Ética, transparência, solidariedade, diversidade, autonomia e independência.





Save the Children

Escritório São Paulo

Av. Santo Amaro, 1386 • 1º andar
Vila Nova Conceição • 04506-001 • São Paulo/SP
55 11 3848-8799

Escritório Pernambuco

Rua Ernesto Paula Santos, 1260 • 4º andar
Boa Viagem • 51021-330 • Recife/PE
55 81 3033-1282

www.fundabrinq.org.br

