



República de Moçambique
Ministério da Saúde
Direcção de Recursos Humanos
Departamento de Formação

Manual de Formação Para Técnicos de Medicina Geral

2º. Semestre Saúde Sexual e Reprodutiva II: Obstetrícia



2012

FICHA TÉCNICA

O presente Manual faz parte do currículo de formação inicial do Técnico de Medicina Geral (TMG), baseado em competências, que consiste em 5 semestres de formação clínica, compostos por 36 disciplinas, leccionadas de forma linear e modular com actividades na sala de aula, laboratório humanístico e multidisciplinar e estágio clínico.

O Programa de Formação inicial do TMG é fruto da colaboração do I-TECH (International Training and Education Center for Health), uma colaboração entre a Universidade de Washington e a Universidade da Califórnia em São Francisco, com o MISAU (Ministério de Saúde de Moçambique), para melhorar as capacidades clínicas do TMG no diagnóstico e tratamento das principais doenças, incluindo as relacionadas ao HIV/SIDA, contribuindo desta forma para a melhoria da saúde da população moçambicana.

Copyright 2012

©2012 Ministério da Saúde

Esta publicação foi realizada com o financiamento do Acordo de Cooperação U91H06801 do Departamento de Saúde e Serviços Sociais dos EUA, a Administração dos Recursos e Serviços de Saúde (HRSA), no âmbito do Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Alívio da SIDA (PEPFAR). Foi desenvolvido em colaboração com o Ministério da Saúde de Moçambique e com o Centro de Prevenção e Controlo de Doenças dos EUA (CDC). O seu conteúdo é da exclusiva responsabilidade dos seus autores e não representa necessariamente a opinião do CDC ou HRSA.

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

Elaboração, Distribuição e Informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Direcção de Recursos Humanos

Departamento de Formação

Repartição de Planificação e Desenvolvimento Curricular (RPDC)

Av. Eduardo Mondlane, 4º andar

Maputo-MZ

Coordenação

Maria Fernanda Alexandre (I-TECH)

Ana Bela Amude (I-TECH)

Carlos Norberto Bambo (DRH-Departamento de Formação)

Suraia Mussa Nanlá (DRH-Departamento de Formação)

Christopher Pupp (I-TECH)

Marzio Stefanutto (I-TECH)

Colaboradores

Elaboradores de Conteúdo:

Mauro Acrísio

Nidze Guiloviça

Revisores Clínicos:

Sergio Chicumbe

Pilar Martinez

Revisores Pedagógicos:

Ana Bela Amude

Formatação e Edição:

Ana Bela Amude

Fernanda Freistadt

Adelina Maiela

Maíra dos Santos

Colaboradores das Instituições de Formação em Saúde (IdF):

Amós Bendersa

Américo Bene

Bekezela Chade Camal

Armindo Chicava

Isaías Cipriano

Amélia Cunha

Maria da Conceição

Paulo Vasco da Gama

Victor Filimone

Danúbio Gemissene

Ernestina Gonçalves

Eduardo Henriques

Saíde Jamal

Lisandra Lanappe

Filomena Macuacua

Américo Macucha

Atanásio Magunga

Almia Mate

Arsenia Muianga

Ferrão Nhombe

Orlando Prato

Crespo Refumane

Maria Rosa

Azevedo Daniel Simango

Rezique Uaide

Elias Zita

PREFÁCIO

Exmos Senhores

Professores e Estudantes dos Cursos de Técnicos de Medicina Geral

Um dos grandes desafios que o Ministério da Saúde (MISAU) enfrenta é o número insuficiente de profissionais de saúde qualificados para a provisão de cuidados de saúde, em resposta às principais necessidades da população moçambicana. É neste contexto que a Direcção dos Recursos Humanos do MISAU tem vindo a conduzir reformas para adequar os diferentes currículos, para modalidades baseadas em competências, como forma de trazer ao Sistema Nacional de Saúde, profissionais com conhecimentos e habilidades para cuidar do paciente.

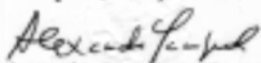
Este manual que vos é entregue, apresenta conteúdos necessários para que o futuro técnico adquira as competências básicas de prestação de cuidados de saúde primários e secundários, de qualidade, ao paciente em ambulatório e em regime de internamento na Unidade Sanitária do Serviço Nacional de Saúde.

Este manual é um instrumento de apoio aos docentes, na preparação das aulas que se destinam à formação de Técnicos de Medicina Geral (TMG) e visa desenvolver nestes profissionais, conhecimentos, atitudes e práticas necessárias à prestação de cuidados de saúde de qualidade, em conformidade com o perfil profissional de TMG, estabelecido pelo MISAU. O manual resultou da reestruturação do anterior currículo de TMG para um currículo baseado em competências. Este, integra, entre outros aspectos, o plano analítico, os objectivos e conteúdos das aulas teórico-práticas, algumas sugestões pedagógico-didáticas, instruções para a facilitação das aulas de laboratório humanístico, multidisciplinar e sala de informática. Para o aluno, este manual é um instrumento de estudo e de consulta para a aquisição de conhecimentos, habilidades técnicas e atitudes que lhe permitirão, uma vez formado, prestar um atendimento de qualidade ao paciente e consequentemente, melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados em Moçambique, tanto no que diz respeito à prevenção, como à provisão de cuidados e tratamento, incluindo o aconselhamento sobre as doenças mais frequentes no país.

Assim, esperamos que o presente manual sirva de suporte para o alcance dos objectivos da disciplina por um lado e por outro como fonte de suporte donde o docente e o aluno possam buscar o fortalecimento de conhecimentos, garantia de uma dinâmica uniformizada tanto na transmissão como na assimilação da matéria. No entanto, docente e aluno devem procurar outras fontes bibliográficas para aprofundar e enriquecer os conhecimentos aqui contidos.

O manual foi escrito numa linguagem simples e acessível, para que seja de fácil compreensão para docentes e alunos das instituições moçambicanas de formação em Saúde.

Maputo, Março de 2013


Alexandre L. Jaime Manguela
Ministro da Saúde

ÍNDICE

FICHA TÉCNICA.....	2
PREFÁCIO	4
ÍNDICE	5
PLANO ANALÍTICO	6
1. Gravidez: Fisiologia da Gravidez, Desenvolvimento Embrionário e Fetal	11
2. Cuidados Pré-Natais: Atenção Pré-Natal Inicial	24
3. Cuidados Pré-Natais: Atenção Pré-Natal Inicial	35
4. Cuidados Pré-Natais: Seguimento 1.....	44
5. Cuidados Pré-Natais: Seguimento 2.....	54
6. Cuidados Pré-Natais: Complicações da Gravidez 1	59
7. Cuidados Pré-Natais: Complicações da Gravidez 2	68
8. Cuidados Pré-Natais: Complicações da Gravidez 3	78
9. Trabalho de Parto: Fisiologia do Trabalho de Parto.....	89
10. Trabalho de Parto: Avaliação Inicial.....	98
11. Trabalho de Parto: Gestão do 2º, 3º e 4º Estágios	110
12. Trabalho de Parto: Gestão do 2º, 3º e 4º Estágios	123
13. Trabalho de Parto: Complicações do Trabalho de Parto 1	131
14. Trabalho de Parto: Complicações do Trabalho de Parto 2	138
15. Trabalho de Parto: Complicações do Trabalho de Parto 3	149
16. Trabalho de Parto: Complicações do Trabalho de Parto 4	167
17. Trabalho de Parto: Complicações do Trabalho de Parto 5	167
18. Trabalho de Parto: Complicações do Trabalho de Parto 6	174
19. Puerpério: Fisiologia, Cuidados.....	181
20. Puerpério: Complicações do Puerpério	188
21. Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva: Monitoria e Avaliação.....	199

PLANO ANALÍTICO

NOME DA DISCIPLINA: Saúde Sexual e Reprodutiva II: Obstetrícia

DURAÇÃO DA DISCIPLINA: 2 Semanas (e 2 horas de avaliação na 3ª semana)

NÚMERO DE HORAS POR SEMANA: 26 h (semana 8), 24 h (semana 9), 2 h (semana 10)

NÚMERO TOTAL DE HORAS: 52

NOME E CONTACTO DO COORDENADOR DA DISCIPLINA:

NOMES E CONTACTOS DOS DOCENTES DA DISCIPLINA:

COMPETÊNCIAS A SEREM ADQUIRIDAS ATÉ AO FINAL DA DISCIPLINA:

O Técnico de Medicina será capaz de realizar as seguintes tarefas:

1. Durante a primeira visita pré-natal o TM deve:
 - a. Recolher uma história obstétrica completa;
 - b. Executar um exame físico completo e direccionado às grávidas;
 - c. Pedir e interpretar os seguintes exames: Hemograma, glicemia, urina II, HIV e CD4, RPR.
 - d. Preencher correctamente a ficha da consulta pré-natal, utilizar a roda da idade gestacional e determinar a data provável do parto (DPP);
 - e. Aconselhar a mãe sobre os hábitos saudáveis a ter durante a gravidez: dieta, consumo de álcool, prevenção de HIV e outras ITS;
 - f. Reconhecer as substâncias e os medicamentos tóxicos e teratógenos durante a gravidez;
 - g. Aconselhar a mãe HIV positiva e o parceiro sobre os cuidados e tratamento a ter durante a gravidez e o aleitamento (a gestão clínica da mãe HIV positiva será abordada no módulo sobre o HIV/SIDA);
 - h. Descrever o plano de seguimento durante a gravidez e o plano do parto.
2. Nas visitas de seguimento o TM deve:
 - a. Realizar uma anamnese em relação ao desenvolvimento da gestação;
 - b. Executar um exame físico especializado, incluindo:
 - i. Verificação da progressão do peso da gestante e altura uterina, monitorando com a DPP para verificar o aumento normal do peso materno e o crescimento normal do feto;
 - ii. Avaliação dos movimentos fetais;
 - iii. Avaliação da situação e apresentação fetal;
 - iv. Avaliação do encravamento fetal;

- v. Auscultação do foco fetal;
 - vi. Avaliação das mucosas para detecção de anemia;
 - vii. Medição da tensão arterial;
 - viii. Avaliação de edema.
 - c. Pedir e interpretar os seguintes testes: Urina II , hemograma , bioquímica, RPR e HIV.
 - d. Fazer controlo periódico da mulher grávida, incluindo pesquisa de malária e infecção urinária e ITS se for indicado;
 - e. Controlar a vacinação contra o tétano e administrar aos 2 meses e aos 6 meses, se necessário, com um máximo de 5 doses;
 - f. Administrar os tratamentos preventivos incluindo ferro/ácido fólico, mebendazol, tratamento profilático para malária, cotrimoxazol, PTV (descrito na disciplina de avaliação e manejo do HIV);
 - g. Classificar e referir, segundo as normas nacionais.
3. Diagnosticar e tratar as patologias abaixo indicadas, com atenção especial às seguintes tarefas:
- a. Efectuar uma anamnese apropriada e acordo com a queixa apresentada;
 - b. Executar correctamente um exame físico relacionado com a queixa apresentada;
 - c. Registar os resultados da anamnese e do exame físico, de forma exacta e concisa no processo clínico do paciente;
 - d. Desenvolver um diagnóstico diferencial adequado às queixas do paciente;
 - e. Identificar os meios auxiliares de diagnóstico para proceder ao diagnóstico da condição apresentada e interpretar os resultados quando apropriado (vide meios auxiliares de diagnóstico);
 - f. Desenvolver uma conduta terapêutica e um plano de seguimento adequado (incluindo a transferência se necessário).
4. Reconhecer ou suspeitar emergências e executar as intervenções médicas imediatas e referir/transferir como apropriado.

Lista de patologias / condições obstétricas

- 1. Hipertensão na gravidez incluindo a pré-eclâmpsia e eclâmpsia (referir/transferir);
- 2. Anemia (relacionada com a gravidez e com parasitose intestinal);
- 3. Hemorragia: placenta prévia, descolamento, ameaça de aborto (referir/transferir);
- 4. Diabetes gestacional (referir/transferir)
- 5. Hiperemese gravídica (referir/transferir);
- 6. Polihidramnio (referir/transferir);
- 7. Oligohidramnio (referir/transferir);
- 8. Atraso do crescimento intrauterino (referir/transferir);
- 9. Aborto: ameaça, inevitável, em curso, retido, séptico, terapêutico (referir/transferir);
- 10. Risco de parto prematuro (referir/transferir);
- 11. Pós-maturidade (referir/transferir).
- 12. Ruptura de gravidez extra-uterina (referir/transferir);

Patologias agudas ou pré-existentes, que representam um risco para a gravidez:

- 1. Malária;
- 2. HIV;
- 3. Tuberculose;
- 4. Cardiopatias;
- 5. Epilepsia (referir/transferir);
- 6. Infecções urinárias.

Parto complicado (referir/transferir):

1. Parto arrastado;
2. Sofrimento fetal e morte fetal intra-uterina;
3. Apresentação anómala e gestação múltipla não diagnosticada;
4. Hemorragia;
5. Trabalho de parto obstruído;
6. Trabalho de parto prematuro;
7. Infecção uterina;
8. Rotura da bolsa > 24 horas
9. Gravidez ectópica;
10. Eclâmpsia;
11. Posições viciosas;
12. Anomalias de inserção da Placenta;
13. Retenção de restos placentários;
14. Atonia uterina;
15. Laceração do canal de parto;
16. Ruptura uterina;
17. Coagulopatias, incluindo coagulação intravascular disseminada (CID).

Complicações do puerpério (referir/transferir):

1. Sepsis puerperal
2. hematoma vulvo-vaginal,
3. patologias da mama (mastites, abscesso mamário, ingurgitamento mamário, fissuras),
4. Tromboflebitas e embolia pulmonar
5. psicose,
6. fístulas vesicovaginal e rectovaginal.

DESCRIÇÃO DA DISCIPLINA:

A obstetrícia é o ramo da medicina que lida com o ciclo vital: Concepção, Gestação, Parto e Puerpério em circunstâncias normais e anormais. Em um sentido mais amplo, a obstetrícia está relacionada com todos factores fisiológicos, patológicos, psicológicos e sociais que influenciam profundamente tanto na quantidade quanto na qualidade de novas gerações de cidadãos.

A mortalidade materna e perinatal, assuntos ligados intrinsecamente à disciplina, constituem indicadores de desenvolvimento, e por isso o combate das altas taxas destes indicadores constitui um dos objectivos preconizados pelo governo moçambicano.

Assim, é absolutamente necessário que todo Técnico de Medicina se torne activo na prevenção, reconhecimento, diagnóstico e tratamentos essenciais e necessários à redução da morbi-mortalidade materno-fetal.

Os Técnicos de Medicina, sendo muitas vezes os profissionais de saúde mais qualificados no primeiro contacto entre paciente-unidade sanitária, deverão ter conhecimentos e habilidades essenciais em Obstetrícia de modo à acompanhar a gestação normal e a fazer face às complicações da gravidez, parto e puerpério e no recém-nascido, e nos casos graves, transferir para a unidade de saúde de referência, de modo a melhorar a qualidade de vida da mãe e recém-nascido e por outro lado diminuir as taxas de morbi-mortalidade materna e peri-natal.

Data e Hora	Número da Aula	Tópicos e Conteúdo	Duração da Aula	Tipo de Aula
	1	Gravidez: - Fisiologia da Gravidez - Desenvolvimento embrionário e fetal - substâncias teratogênicas	2	Teórica
	2	Cuidados Pré-Natais: - Atenção Pré-Natal Inicial	2	Teórica
	3	Cuidados Pré-Natais: - Atenção Pré-Natal Inicial	4	Laboratório Humanístico
	4	Cuidados Pré-Natais: - Cuidados de Acompanhamento Pré-Natal (I) – seguimento	2	Teórica
	5	Cuidados Pré-Natais: - Cuidados de Acompanhamento Pré-Natal (I)	3	Laboratório Humanístico
	6	Cuidados Pré-Natais: - Cuidados de Acompanhamento Pré-Natal (II) - Complicações da Gravidez	2	Teórica
	7	Cuidados Pré-Natais: - Cuidados de Acompanhamento Pré-Natal (II) - Complicações da Gravidez	2	Teórica
	8	Cuidados Pré-Natais: - Cuidados de Acompanhamento Pré-Natal (II) - Complicações da Gravidez	2	Teórica
	9	Trabalho de Parto: Fisiologia do Trabalho de Parto	2	Teórica
	10	Trabalho de Parto: - Avaliação Inicial de uma Mulher em Trabalho de Parto	2	Teórica
	11	Trabalho de Parto: - Gestão do 2º, 3º e 4º Estágios do Trabalho de Parto	3	Teórica
	12	Trabalho de Parto: - Gestão do 2º, 3º e 4º Estágios do Trabalho de Parto	4	Laboratório Humanístico
	Avaliação		2	Teórica
	13	Trabalho de Parto: - Complicações do Trabalho de Parto	2	Teórica
	14	Trabalho de Parto: - Complicações do Trabalho de Parto	2	Teórica
	15	Trabalho de Parto: - Complicações do Trabalho de Parto	2	Teórica
	16	Trabalho de Parto: - Complicações do Trabalho de Parto	2	Teórica
	17	Trabalho de Parto: - Complicações do Trabalho de Parto	2	Teórica
	18	Trabalho de Parto: - Complicações do Trabalho de Parto	2	Teórica
	19	Puerpério: - Fisiologia do Puerpério - Cuidados no Puerpério	2	Teórica
	20	Puerpério: - Complicações do puerpério	2	Teórica
	21	Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva: - Monitoria e Avaliação do Programa	2	Teórica
	Avaliação		2	Teórica
TOTAL			52	horas

BIBLIOGRAFIA:

A. Texto Principal da Disciplina

- Machungo F, et al. Manual de cuidados obstétricos essenciais. 1º Edição. MISAU; 2002.
- Resende J. Obstetrícia Fundamental. 9ª Edição. Guanabara Koogan; 2003.

B. Livros de Referência para a Disciplina

- Cunningham FG. Williams/Obstetrícia. 20º Edição. Guanabara Koogan; 2000.
- DeCherney A. Obstetrícia e Ginecologia Diagnóstico e Tratamento. 9ª Edição. McGraw-Hill InterAmericana do Brasil; 2003.
- Povey. Conduta obstétrica. 1º Edição. MISAU; 1990.

C. Leituras para o Docente Aprofundar no Tópico

D. Leituras Adicionais para o Aluno (se necessário)

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva II: Obstetrícia	Nº da Aula	1
Tópico	Gravidez	Tipo	Teórica
Conteúdos	Fisiologia da Gravidez Desenvolvimento embrionário e fetal – substâncias teratogénicas	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

Sobre Fisiologia da gravidez:

1. Definir fecundação e gravidez.
2. Descrever o processo da fecundação, relacionando com a fisiologia do aparelho reprodutivo feminino.
3. Descrever as alterações fisiológicas nos aparelhos em cada trimestre da gravidez.

Sobre Desenvolvimento embrionário e fetal:

1. Listar as etapas do desenvolvimento embrionário e fetal, desde a fecundação até ao nascimento
2. Descrever os teratógenos (medicamentos, vírus, outras substâncias), e as consequências no desenvolvimento do embrião e feto.

Nota: para mais detalhes, consultar a aula 7 de Anatomia e Fisiologia

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Disciplina		
2	Introdução à Aula		
3	Generalidades Sobre o Ciclo Reprodutivo, Fecundação e Gravidez		
4	Alterações Fisiológicas da Gravidez		
5	Desenvolvimento Embrionário e Fetal		
6	Substâncias Teratogénicas e Tóxicas		
7	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

- Cunningham FG. Williams/Obstetrícia. 20ª Edição. Guanabara Koogan; 2000.
- DeCherney A. Obstetrícia e Ginecologia Diagnóstico e Tratamento. 9ª Edição. McGraw-Hill InterAmericana do Brasil; 2003.
- Resende J. Obstetrícia Fundamental. 9ª Edição. Guanabara Koogan; 2003.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À DISCIPLINA

- 1.1. Apresentação do docente/s.
- 1.2. Apresentação dos alunos.
- 1.3. Introdução breve a disciplina, incluindo a importância para os Técnicos de Medicina.
- 1.4. Apresentação do plano temático e analítico: tópicos, conteúdos e laboratórios.
- 1.5. Apresentação da estrutura da disciplina com o correspondente cronograma e inter-relações com estágios e outras disciplinas teóricas.
- 1.6. Explicar o que se espera dos alunos para esta disciplina e os métodos de avaliação.

BLOCO 2: INTRODUÇÃO À AULA

- 2.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 2.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 2.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 3: GENERALIDADES SOBRE O CICLO REPRODUTIVO, FECUNDAÇÃO E GRAVIDEZ

No módulo anterior (Saúde sexual e Reprodutiva I), foram descritos conteúdos relacionados ao aparelho reprodutor feminino, nos seus aspectos fisiopatológicos, de diagnóstico e conduta.

No decurso deste módulo, serão descritos conteúdos relacionados ao aparelho reprodutor feminino, com enfoque nos eventos que ocorrem antes, durante e depois da gestação.

O ramo da medicina que estuda a reprodução na mulher, investiga a gestação, o parto e o puerpério nos seus aspectos fisiológicos e patológicos, denomina-se Obstetrícia. Esta área inclui também a prestação de cuidados de saúde aos recém-nascidos que por questões didáticas será abordada na disciplina de pediatria.

A menarca é o evento que marca a maturação do sistema reprodutor, popularmente conhecido como o momento em que a mulher passa a estar apta para engravidar (mulheres em idade fértil). É depois deste evento que em várias regiões de Moçambique, se realizam os “Ritos de iniciação”, momento em que a menina recebe de mulheres mais velhas e experientes, conselhos sobre a vida adulta de uma mulher, incluindo aspectos sobre higiene e sexualidade.

Para que haja a reprodução é necessário que haja fecundação e que o organismo consiga manter uma gravidez. Estes dois processos fisiológicos são descritos abaixo:

3.1. Fecundação ou Fertilização

É o fenómeno biológico que consiste na união de dois gametas (ou células sexuais), um feminino (óvulo) e outro masculino (*espermatozóide*), produzindo uma célula, o ovo ou zigoto, a partir da qual se desenvolve um novo (ou mais) ser vivo.

Existem duas formas de fertilização:

- Fertilização *in vivo* é a que ocorre normalmente do contacto sexual homem e mulher, na qual o espermatozóide fertiliza o ovócito secundário na tuba uterina.
- Fertilização *in vitro* (In Vitro Fertilization, IVF) é aquela cuja união dos gametas (ovócitos secundários retirados duma paciente e espermatozoides) é feita artificialmente no ambiente extracorpóreo, isto é, no ambiente laboratorial biomédico. Uma vez ocorrida a fecundação e divisão do ovo “no tubo de ensaio”, faz-se a implantação do embrião resultante no útero. É

um tratamento ainda não disponível em Moçambique, usado na actualidade para ajudar casais que por motivos diversos não consigam procriar, ou mulheres que desejem ter gravidezes independentes.

3.2. Gravidez ou Gestação

É um estado fisiológico da mulher, consequente da fecundação e posterior implantação e desenvolvimento do ovo no útero, durante o qual, um novo (ou mais) ser se desenvolve no seu organismo. Conforme referido na disciplina de SSRI, depois do nascimento, o aparelho reprodutor feminino é incapaz de reproduzir. Na adolescência, por acção das gonadotrofinas secretadas pela hipófise, as gónadas são activadas, dando início ao período de maturação final do aparelho reprodutor feminino.

Na disciplina de SSRI, também foi descrito o ciclo reprodutivo como o conjunto de eventos que ocorrem entre o primeiro dia de uma menstruação e o primeiro dia da menstruação seguinte, com vista a preparar o aparelho reprodutor feminino para a reprodução (fertilização do óvulo e manutenção do mesmo ao longo da gravidez) .

As alterações durante o ciclo, são estimuladas pelas hormonas (hipofisárias e sexuais) e ocorrem em simultâneo no ovário e no útero. Ao mesmo tempo que no ovário ocorrem os eventos necessários para a preparação de um folículo para a fecundação (vide abaixo), no útero o endométrio vai-se preparando para alojar o embrião e para mantê-lo até ao parto.

A ovulação (período em que o óvulo preparado para a fecundação é libertado pelos ovários), ocorre por volta do 14º dia (pode variar entre 3 dias antes ou depois) do período menstrual, e é neste período que a mulher está apta para engravidar (período fértil). Se durante este período, a mulher mantém relações sexuais desprotegidas (consensuais ou não) com um homem (fisiologicamente apto a engravidar), ocorre a fecundação. Em condições normais, por meio do coito vaginal, após a ejaculação masculina, os espermatozóides percorrem o canal vaginal, colo e útero e atingem as trompas, onde normalmente ocorre a fecundação. A nível do ovário, quando a fecundação acontece, o corpo lúteo (que geralmente se degenera quando não há fecundação) persiste e será responsável pela manutenção dos níveis hormonais, o que possibilita a implantação do óvulo fecundado e manutenção da gravidez.

A nível do útero, depois do período de ovulação, o endométrio apresenta-se regenerado (após a destruição na menstruação anterior) e pronto para a implantação do embrião.

BLOCO 4: ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA GRAVIDEZ

As alterações fisiológicas que ocorrem durante a gravidez são diversas e ocorrem a nível local (aparelho reprodutor) ou sistémico, entretanto, até 6 semanas depois do parto, a maioria dos sistemas já terá voltado ao estado pré-gestacional. Os ajustes verificados no organismo da mulher devem ser considerados normais durante o estado gravídico, embora determinem por vezes, pequenos sintomas perturbadores às pacientes. Muitas dessas alterações começam após a fertilização e continuam durante a gestação, sendo que a maioria destas ocorre em resposta a estímulos fisiológicos produzidos pelo feto ou pelos tecidos fetais.

O conhecimento das alterações fisiológicas normais induzidas pela gravidez é fundamental para poder diferenciá-las de eventuais processos patológicos que ocorram durante a gestação. São as seguintes:

4.1. Alterações Metabólicas

- Aumento da taxa metabólica devido a estimulação hormonal;
- Retenção de líquidos, proteínas e de carboidratos para suprir as necessidades aumentadas do organismo;
- Aumento do consumo de Ferro (a quantidade de Fe absorvido da dieta juntamente com Fe mobilizado das reservas, geralmente é insuficiente na gravidez);

- Ganho de peso, sendo que a maior parte do ganho ponderal é atribuível ao útero e seu conteúdo, às glândulas mamárias e a aumentos do volume sanguíneo e do líquido extravascular.

4.2. Alterações Cardiorrespiratórias

- Aumento da frequência e do débito cardíaco, devido ao aumento do volume sanguíneo que serve para atender às demandas do útero aumentado de tamanho e para suprir o sistema vascular placentário;
- Pode haver alteração do ritmo cardíaco (presença de 3ª bulha) e sopros devido ao aumento do volume sanguíneo;
- Compressão gradual dos pulmões devido a elevação do diafragma pelo útero em crescimento, resultando na redução da capacidade pulmonar total (quantidade de ar presente nos pulmões ao fim da inspiração);
- Há aumento do volume corrente (volume de ar inspirado e expirado), da frequência respiratória, e do consumo de oxigênio, para suprir as necessidades metabólicas aumentadas da mãe.

4.3. Órgãos Genitais e Anexos

- Hipertrofia e dilatação graduais do útero;
- Aumento do volume da mama, com formação de novos ductos lactíferos devido a efeitos hormonais.
- Nas fases avançadas pode haver secreção de colostro devido à secreção de Prolactina.
- Aréola Primitiva torna-se escura e forma-se a aréola secundária menos pigmentada, de bordos indefinidos (Sinal de Hunter).
- Órgãos genitais externos: com mucosa hiperpigmentada, tumefeita e cianosada.

4.4. Alterações Gastrointestinais

- Náuseas e vômitos por vezes associados a anorexia;
- Relaxamento da musculatura intestinal provocando atraso no esvaziamento gástrico e no trânsito intestinal, causando enfartamento pós-pandrial, eructação e obstipação).
- Relaxamento do esfíncter esofágico inferior e consequente refluxo de secreções ácidas para a porção inferior do esófago, resultando em pirose.
- Hiperemia e amolecimento das gengivas.

4.5. Pele

- Aumento da pigmentação da pele – formação do Cloasma ou mancha gravídica, que consiste na hiperpigmentação difusa ou circunscrita, mais nítida nas zonas expostas à luz (testa, nariz e região zigomática).
- Aparecimento da linha negra (hiperpigmentação linear na parede abdominal unindo o umbigo ao centro do púbis), por acção da progesterona.
- Estrias devido a distensão das fibras elásticas cutâneas abdominais.
- Cicatriz umbilical plana ou saliente.

4.6. Alterações Músculo-esquelético

- Os ligamentos da pélvis e dos quadris ficam distendidos, o que pode causar desconforto ao caminhar. O útero em crescimento eleva o diafragma, diminuindo relativamente a cavidade torácica.
- Ocorre lordose lombar progressiva com dores nas costas.
- Membros inferiores com dilatação de vasos sanguíneos, surgimento ou exacerbação de varizes e edema no final da gravidez.

4.7. Alterações Urinárias

- Redução da capacidade de armazenamento de urina pela bexiga, resultante da compressão pelo útero hipertrofiado com consequente aumento da frequência urinária.

4.8. Alterações Hematológicas e Imunitárias

- Aumento progressivamente maior do volume sanguíneo resultante do aumento do plasma e eritrócitos (eritropoese medular estimulada pelos estrógenos).
- Redução ligeira na concentração de hemoglobina e no hematócrito, devido ao aumento do plasma que causa uma hemodiluição, diminuindo a concentração da hemoglobina (anemia por hemodiluição).
- Depressão da função imunológica e leucocitária, devido ao efeito hemodilucional da gravidez bem como possíveis mecanismos imunitários ainda não totalmente explicados.

BLOCO 5: DESENVOLVIMENTO EMBRIONÁRIO E FETAL

O desenvolvimento embrionário e fetal já foi abordado na disciplina de anatomia, nesta disciplina será feita uma abordagem enfocada nos factores que interferem com o decurso normal deste processo, para que o TMG possa tomar condutas apropriadas com a mulher grávida e orientar convenientemente os seus pacientes.

Conforme referido na disciplina de anatomia, o desenvolvimento pré-natal dura cerca de 40 semanas e pode ser dividido em três fases essenciais:

5.1. 1ª fase - Fecundação, clivagem e implantação: começa no momento em que o ovócito entra em contacto com espermatozoide formando o zigoto, e termina com a implantação do blastocisto no endométrio por volta do 6º dia após a fecundação.

5.2. 2ª fase - Período Embrionário (fase de morfogénese): inicia na 3ª semana e vai até ao fim da 8ª semana. Todas as estruturas internas e externas essenciais do conceito são formadas neste período, entre a quarta e a oitava semanas. Constitui o período mais crítico do desenvolvimento, pois efeitos de medicamentos ou de outros produtos teratogénicos, ou distúrbios do desenvolvimento podem originar grandes malformações congénitas ao embrião.

5.3. 3ª fase - Período Fetal: o período fetal começa nove semanas após a fertilização e termina com o nascimento. O desenvolvimento durante o período fetal está ligado ao rápido crescimento do corpo e com a diferenciação dos tecidos e órgãos que iniciaram o seu desenvolvimento no período embrionário. Alguns aspectos nesta fase, são dignos de ênfase:

- Até a semana 29, os pulmões já adquiriram funcionalidade (são capazes de respirar), o sistema nervoso torna-se capaz de dirigir movimentos fetais e há um rápido desenvolvimento cerebral. Um bebé nascido neste período pode sobreviver, mas com possibilidades de complicações, sobretudo no nosso meio onde apenas os hospitais centrais (e alguns

provinciais) apresentam serviços com equipamento, pessoal e outras condições para tratar bebês prematuros.

- Um bebê é considerado a termo com 38 semanas (entre 37 a 42 semanas), mas um bebê nascido com 36 semanas tem grandes chances de sobrevivência, em geral sem complicações significativas.

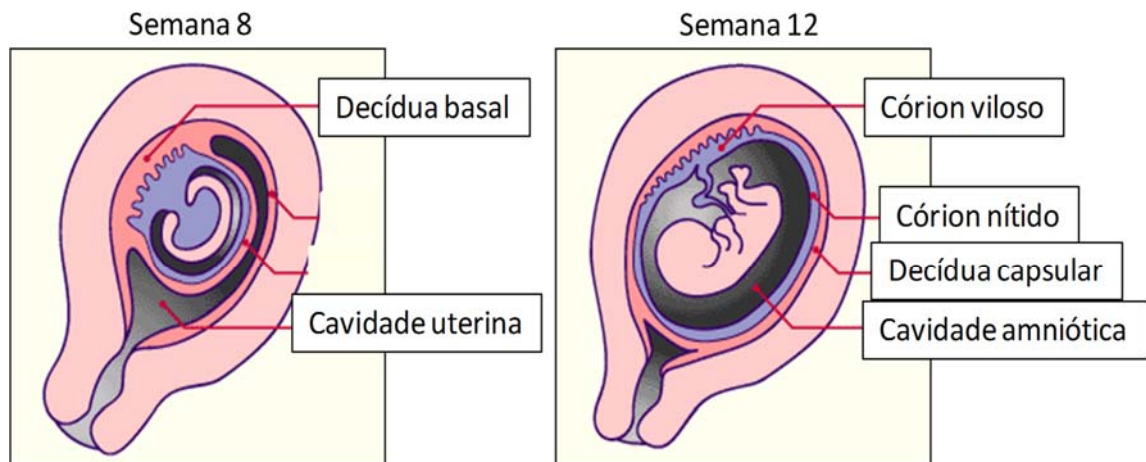
Para o entendimento do desenvolvimento embrionário e da interação entre o organismo da mãe e o conceito, alguns conceitos devem ser conhecidos:

5.4. Placenta

A placenta pode ser definida como um anexo materno-fetal que resulta da fusão dos órgãos fetais com os tecidos maternos, com o propósito de realizar as trocas fisiológicas relacionadas com a nutrição e respiração do conceito. O seu desenvolvimento, tem início com a implantação do blastocisto, prolongando-se de forma ininterrupta até a final da gravidez.

Possui três funções principais:

- Função de Transporte: a principal função da placenta é transportar oxigênio e nutrientes para o feto e transferir dióxido de carbono e outros produtos do catabolismo para circulação sanguínea da mãe. O sangue materno é separado do sangue do feto pela membrana placentária (uma membrana fina). As drogas ou outras substâncias teratogênicas presentes no sangue da mãe podem atravessar essa membrana, passando para o feto através do cordão umbilical até o feto.
- Função Metabólica: produção de energia para manter as duas outras funções da placenta (transporte e endócrina).
- Função Endócrina: produção de hormonas essenciais para a manutenção da gravidez



Fonte: Embryology.ch

<http://www.embryology.ch/anglais/placenta/villosite06.html>

Figura 1. Desenvolvimento e composição da placenta

5.5. Cordão Umbilical

O cordão umbilical é um anexo que permite a comunicação e troca de substâncias entre o produto de concepção e o organismo da mãe, através da placenta com a qual se comunica pelo umbigo.

Consiste num longo cordão formado por duas artérias e por uma veia. Ao contrário do que acontece no período pós-natal, na vida intra-uterina o sangue oxigenado é levado ao feto pela veia, e o sangue desoxigenado do feto é transportado para a placenta pelas duas artérias.



Figura 2. Cordão Umbilical

Fonte: <http://photographicdictionary.com/u/umbilical-cord>

5.6. Líquido amniótico (L.A)

O líquido amniótico, é o fluido que envolve o embrião e depois o feto, preenchendo a bolsa ou cavidade amniótica (contida na placenta). Tem a função principal de proteger o conceito de traumas mecânicos, variações térmicas e permite adequado espaço para desenvolvimento neuromuscular fetal (reflexos, tônus muscular e movimentos presentes à nascença).

Inicialmente a formação do líquido amniótico resulta dos contributos do plasma materno (ultrafiltrado plasmático), e à medida que a gravidez evolui, adiciona-se o contributo da urina fetal, secreção pulmonar e das membranas amnióticas. Quanto mais maduro o feto é, o conteúdo de células epidérmicas (pele), proteínas e outros produtos de excreção como bilirrubina podem estar em níveis relativamente aumentados. Devido à presença de células fetais e de outros produtos de excreção fetal no líquido amniótico, nos locais com recursos, é possível diagnosticar algumas condições fetais antes do nascimento (malformações congénitas, síndrome de Down). A colheita do líquido para análise faz-se por amniocentese (punção do líquido na cavidade amniótica).

O volume total do L.A na bolsa aumenta até a 28ª semana de gestação, quando atinge cerca de 1000 ml, e daí decresce até ao termo, atingidos níveis finais de cerca de 800ml. Pode haver aumento (polihidrâmnios) ou redução (oligoâmnios) do seu volume, facto que geralmente se relaciona com algumas condições patológicas fetais (malformações congénitas) ou maternas (Diabetes Mellitus).

BLOCO 6: SUBSTÂNCIAS TERATOGÉNICAS E TÓXICAS

Apesar de o produto de concepção (embrião, feto) estar bem protegido no útero, certos agentes ambientais (radiações medicamentos, vírus, substâncias químicas) chamados teratógenos, podem causar malformações no desenvolvimento fetal, quando a mãe é exposta a eles.

Um teratógeno é qualquer agente capaz de produzir malformação congénita ou de aumentar a incidência de malformação em determinada população.

Os órgãos e partes de um embrião são mais sensíveis aos agentes teratogénicos durante os períodos de diferenciação rápida. A sua susceptibilidade varia da seguinte forma:

- Nas primeiras duas semanas do desenvolvimento, o embrião é pouco susceptível a teratógenos. Este estágio é pré-embriónico, pelo que um teratógeno destrói todas ou a maioria das células, resultando na morte do conceito, ou danifica algumas células; neste último caso, dado que há fraca diferenciação das células, o conceito se recupera e enfim o embrião se desenvolve sem malformações congénitas.
- Da terceira à nona semana, é um período altamente sensível a teratógenos. Podem ser induzidos defeitos graves no embrião e alguns dos quais são incompatíveis com vida extrauterina (ex. de malformações graves: microcefalia, hidrocefalia e anencefalia). É por esta razão que no primeiro trimestre de gravidez há contra-indicação para a administração da maior parte de medicamentos.
- Da nona semana em diante, período em que são menos sensíveis à acção dos teratógenos, porém defeitos pequenos podem ser induzidos (ex. dedos curtos).

6.1. Principais Teratógenos e Respectivas Complicações

Encontram-se definidos teratógenos cujo uso ou exposição pelas mães está implicado no desenvolvimento de anomalias congénitas no conceito, pelo que são contra-indicados na gravidez. É importante recordar que a mulher grávida pode estar exposta a outras substâncias com potencial teratogénico desconhecido, como plantas medicinais diversas (medicamento tradicional) e substâncias químicas, pelo que a recomendação deve ser de evitar o máximo, a exposição a qualquer tipo de medicamento (clássico ou tradicional), químicos ou outros tóxicos (conhecidos ou desconhecidos). Abaixo listamos os mais frequentemente implicados:

6.1.1. Fármacos/Drogas

- Medicamentos teratogénicos podem causar malformações diversas como: malformações craniofaciais, neurológicas, músculo-esqueléticas, cardíacas, renais e outras.
- O TMG deve conhecer os fármacos mais frequentemente implicados em teratogenicidade, e deve ter a prática de consultar o Formulário Nacional de Medicamentos sempre que por motivos de força maior, tiver que prescrever um medicamento a uma mulher grávida.

Abaixo listados os fármacos teratogénicos mais comuns:

- Anticonvulsivantes: Ácido Valpróico, Fenitoína, Diazepam;
- Citostáticos: Metotrexato;
- Antihipertensivos: Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA);
- Antibióticos: Tetraciclina (incluindo doxiciclina), metronidazol no 1º trimestre da gravidez
- Outros: Varfarina, Sais de Lítio, Álcool e Cocaína.

6.1.2. Produtos Químicos

- Metilmercúrio, bioconcentrado pelos peixes e contido em pescados de ambientes contaminados, causa atrofia cerebral, atraso mental.

6.1.3. Agentes Infecciosos

As infecções congénitas com potencial teratogénico mais frequentes são: Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovirose, Herpes e Sífilis. Estas podem causar diversas malformações congénitas (microcefalia, ACIU, malformações esqueléticas, hidrocefalia) e serão descritas na disciplina de pediatria (4º semestre).

6.1.4. Radiação ionizante

- Causa microcefalia, atraso mental e malformações esqueléticas e outras.

BLOCO 7: PONTOS-CHAVE

- 7.1. O ramo da medicina que estuda a reprodução na mulher, investiga a gestação, o parto e o puerpério nos seus aspectos fisiológicos e patológicos denomina-se Obstetrícia. Esta área inclui também a prestação de cuidados de saúde aos recém-nascidos.
- 7.2. Fecundação ou fertilização é o fenómeno biológico que consiste na união de dois gametas (ou células sexuais), um feminino (óvulo) e outro masculino (espermatozóide), produzindo uma célula, o ovo ou zigoto, a partir da qual se desenvolve um (ou mais) novo ser vivo.
- 7.3. As alterações verificadas no organismo da mulher devem ser consideradas normais durante o estado gravídico, embora determinem por vezes, pequenos sintomas perturbadores às pacientes, contudo, é importante que o clínico saiba diferenciá-las de eventuais processos patológicos que ocorram durante a gestação.
- 7.4. Durante a gestação há aumento do fluxo sanguíneo, do consumo de Ferro e de oxigénio para suprir as necessidades aumentadas do organismo.
- 7.5. O período embrionário corresponde às primeiras oito semanas da gravidez, a partir do dia da concepção. Nesta fase, todos os órgãos e sistemas se formam (organogénese). Essa é também a época de maior vulnerabilidade aos agentes teratogénicos, ou seja, causadores de malformações.
- 7.6. A placenta é um anexo embrionário (pertence tanto ao feto quanto a gestante). Através da placenta o feto "respira" (ocorrem as trocas de oxigénio e gás carbónico), "alimenta-se" (recebendo directamente os nutrientes por difusão do sangue materno) e excreta produtos de seu metabolismo. A placenta também está envolvida na produção de diversos hormônios que servem para a manutenção da gravidez.
- 7.7. Apesar de o embrião estar bem protegido no útero, sobretudo pelo líquido amniótico, certos agentes ambientais (radiações medicamentos, vírus e outras substâncias) chamados teratógenos, podem causar alterações no desenvolvimento normal do feto, quando há exposição materna.

Anexo: Etapas do desenvolvimento embrionário

Dias 21-23



Dias 25-27



Dias 26-30



Imagem cortesia de www.visembryo.com

Dias 31-35



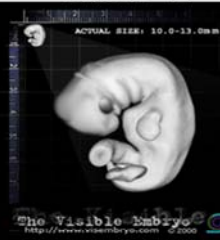
Dias 35-38



Dias 37-42



Dias 42-44



Dias 44-48

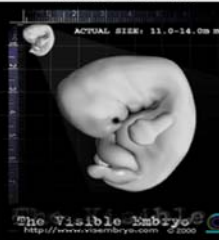
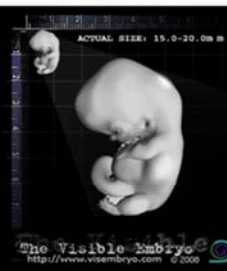


Imagem cortesia de www.visembryo.com

Dias 48-51



Dias 51-53



Dias 53-54



Dias 54-56



Dias 56-60



Imagem cortesia de www.visembryo.com

Semana 10



Semana 12



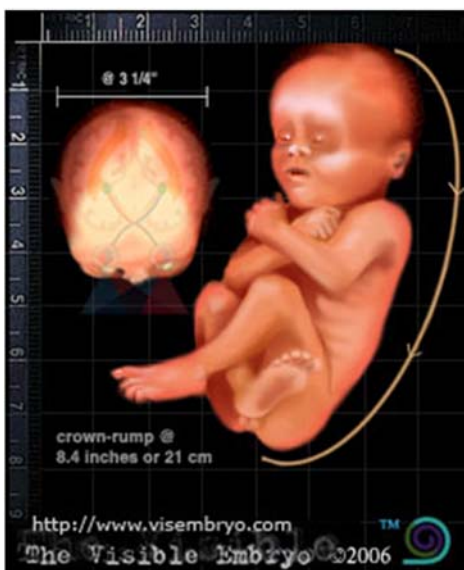
Imagens cortesia de www.visembryo.com

Semana 18



Imagens cortesia de www.visembryo.com

Semana 24

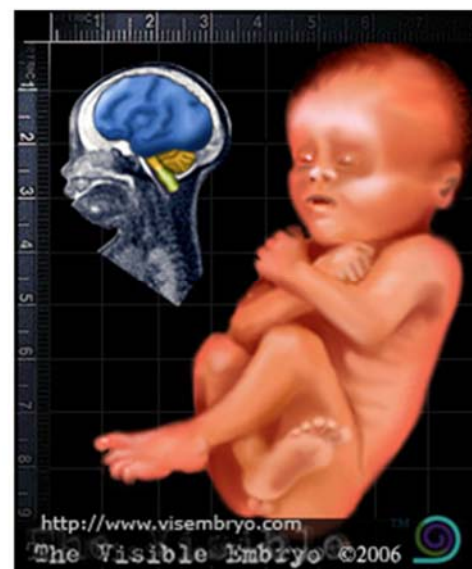


Imagens cortesia de www.visembryo.com

Semana 26

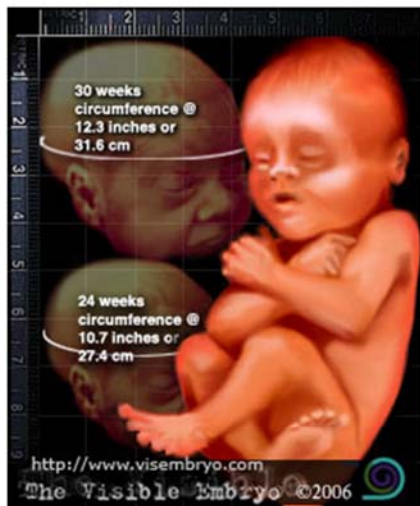


Semana 28

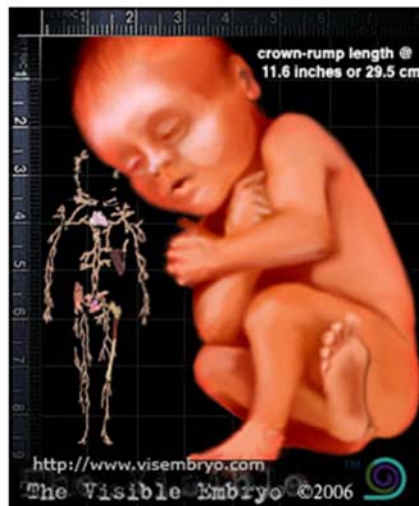


Imagens cortesia de www.visembryo.com

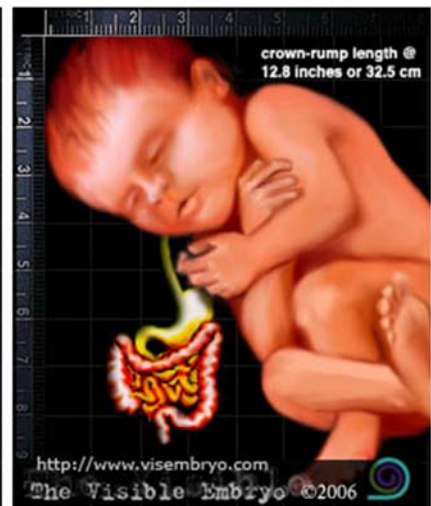
Semana 30



Semana 32

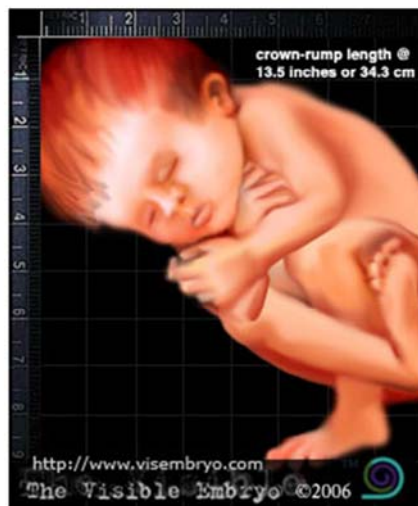


Semana 34

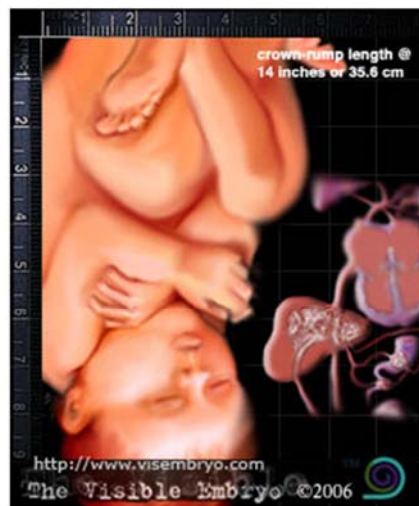


Imagens cortesia de www.visembryo.com

Semana 36



Semana 38



Imagens cortesia de www.visembryo.com

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva II: Obstetrícia	Nº da Aula	2
Tópico	Cuidados Pré-Natais	Tipo	Teórica
Conteúdos	Atenção Pré-Natal Inicial	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever terminologias comuns usadas na prática obstétrica.
2. Descrever os passos de uma anamnese obstétrica completa.
3. Descrever os passos para o diagnóstico clínico e laboratorial da gravidez.
4. Descrever os passos específicos e as modalidades do exame físico de uma mulher grávida na 1ª consulta pré-natal.
5. Descrever os exames de rotina na primeira consulta pré – natal e o seu propósito:
 - a. Hemograma ou hemoglobina, urina II, HIV, RPR.
6. Definir gravidez de alto risco (ARO) e as condições que a definem.
7. Explicar a conduta numa gravidez de ARO.
8. Descrever em termos gerais o plano de seguimento da mulher grávida de acordo com as normas do SNS.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Generalidades - Conceitos		
3	Diagnóstico da Gravidez e Assistência Pré-Natal Inicial		
4	Gravidez de Alto Risco Obstétrico (ARO)		
5	Pontos-chave.		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

- Cunningham FG. Williams/Obstetrícia. 20ª Edição. Guanabara Koogan; 2000.
- DeCherney A. Obstetrícia e Ginecologia Diagnóstico e Tratamento. 9ª Edição. McGraw-Hill InterAmericana do Brasil; 2003.
- Povey. Conduta obstétrica. 1ª Edição. MISAU; 1990.
- Resende J. Obstetrícia Fundamental. 9ª Edição. Guanabara Koogan; 2003.
- MISAU. Manual Técnico sobre Assistência ao Parto, ao Recém nascido e às Complicações Obstétricas e Neonatais, 1ª edição, 2011.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: GENERALIDADES-CONCEITOS

A gravidez é um estado fisiológico normal, que pode ser complicado por processos patológicos prejudiciais à saúde materna e fetal em 5-20% dos casos. O clínico que presta assistência às gestantes deve estar familiarizado com as alterações normais que ocorrem durante a gravidez para que possa reconhecer as anormalidades e tomar condutas em prol da saúde da mãe e do concepto.

2.1. Terminologia

Os conceitos mais usados referentes a esta etapa são:

- **Gestação viável:** gravidez que se desenvolveu com feto ou fetos vivos para além do limite superior de definição de aborto (em Moçambique, 28 semanas de gestação).
- **Primípara** – é uma mulher que teve apenas uma gravidez viável.
- **Múltipara** – Mulher que teve duas ou mais gestações viáveis.
- **Grande múltipara**- Mulher que teve 6 ou mais gestações viáveis.
- **Nulípara** – mulher que nunca deu parto.
- **Parturiente** – mulher em trabalho de parto.
- **Puérpera** – mulher que deu parto recentemente, até 42 dias completos pós-parto.
- **Primigesta** – mulher que tem a sua primeira gravidez.
- **Alto Risco Obstétrico (ARO)** – a gravidez em que são reconhecidos factores que aumentam o risco de morbilidade e ou mortalidade antes, durante ou depois do parto para a mãe, o feto ou recém-nascido.
- **Desproporção cefalo-pélvica** (Incompatibilidade cefalo-pélvica) – abreviado DCP/ICP – quando há obstrução do trabalho de parto, devido à incompatibilidade entre o diâmetro da pélvis materna e as dimensões da cabeça fetal.
- **Nados vivos (NV)** – é o produto da expulsão ou extracção após o parto que respira espontaneamente, ou mostra qualquer outro sinal de vida, como batimentos cardíacos ou movimentos espontâneos de músculos voluntários.
- **Nados Mortos (NM)** – produto de expulsão ou extracção após o parto, sem nenhum dos sinais de vida presente durante ou após o nascimento.

BLOCO 3: DIAGNÓSTICO DA GRAVIDEZ E ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

3.1. Diagnóstico da Gravidez

Para o diagnóstico da gravidez critérios clínicos e laboratoriais são importantes:

3.1.1. Diagnóstico clínico da gravidez

Os sinais e sintomas presuntivos da gravidez são aqueles que apesar de não serem específicos, nos fazem suspeitar de uma gravidez. Os principais, são os seguintes:

- Amenorreia;
- Náuseas e vômitos, mais fortes no período da manhã;
- Ingurgitamento e hipersensibilidade mamária.

Apesar de serem úteis para a suspeita de gravidez, estes achados não permitem que se faça o diagnóstico definitivo. O diagnóstico definitivo é feito com base em exames laboratoriais e/ou em manifestações objectivas (BCF, palpação fetal), na sua maioria presentes só no fim do 1º trimestre da gravidez.

3.1.2. Diagnóstico laboratorial da gravidez

O teste laboratorial para o diagnóstico da gravidez mais usado no nosso país é o TIG (teste imunológico da gravidez). Este contém anticorpos que em contacto com a proteína hCG da urina ou sangue, desencadeiam uma reacção visível de aglutinação.

O teste no sangue possui uma sensibilidade maior, podendo ser obtido com atraso menstrual de 1-3 dias, ao contrário do urinário em que a amenorreia tem que ultrapassar 10-14 dias.

Outros exames menos disponíveis como a ecografia, também são usados para o diagnóstico da gravidez, no País.

3.2. Assistência pré-natal Inicial

A assistência pré-natal tem como objectivos principais monitorar a evolução da gravidez e a detecção e tratamento específico das pacientes com gravidezes de alto risco. O propósito da assistência pré-natal é assegurar uma gestação sem complicações e o nascimento de um bebé vivo e saudável.

Segundo a OMS a mulher grávida deve ter no mínimo 4 consultas pré-natais durante a gravidez.

O plano de seguimento da mulher grávida inclui uma série de serviços prestados nas consultas pré-natais que culmina com o parto.

Idealmente a primeira consulta pré-natal deve ser feita logo após o diagnóstico da gravidez, e o seguimento é feito da seguinte forma:

- Diagnóstico da gravidez: abertura da ficha Pré-Natal e início de consultas pré-natais mensais até ao fim da 32ª semana.
- 32ª Semana: Consultas Pré-natais com intervalos de 2 semanas (quinzenais), até ao fim da 35ª semana.
- 36ª semana em diante: Consultas Pré-natais semanais
- Parto: Parto Institucional

Neste bloco, serão enfocados os principais aspectos referentes à assistência pré-natal compreendendo:

- Anamnese e Exame Físico Obstétrico iniciais
- Exames Laboratoriais de rotina da Mulher Grávida
- Alto Risco Obstétrico (ARO)

3.3. Primeira Consulta Pré-Natal

Os principais objectivos da 1ª consulta são: determinação da idade gestacional, identificação de todos os factores de risco envolvendo a mãe e o feto e delineamento do plano de seguimento da gravidez (que é variável de mulher para mulher e de gravidez para gravidez numa mesma mulher). Quando as gestantes de alto risco são identificadas, devem receber assistência especializada e individualizada, pelo que devem ser referidas para as **Consultas de ARO**.

3.4. Anamnese Obstétrica

3.4.1 Identificação

Idade: Sob ponto de vista biológico, a gravidez tem melhores condições a partir dos 18-20 anos, sendo também que o risco de surgimento de complicações maternas e malformações fetais aumenta a partir dos 30 anos.

Profissão: mulheres com exposição a raios X, chumbo, alumínio, nicotina, etc. nos locais de trabalho, correm risco aumentado de comprometimento da gravidez. De igual forma, mulheres com história de ou predisposição para abortos devem abster-se de esforços excessivos.

Estado Civil: As estatísticas mostram maior morbidade e mortalidade materna e fetal entre as solteiras, devido a fenómenos multifactoriais como ausência de parceiro sexual fixo, faltas de acompanhamento familiar, depressão, dificuldades socioeconómicas, etc.

Residência: Segundo a proveniência da paciente, virá a necessidade de rastrear doenças que poderão influir na gestação como Malária, Schistosomíase, etc. Mulheres que vivem em zonas distantes da unidade sanitária, poderão beneficiar de seguimento nas casas de “Mãe em espera de Trabalho de Parto”, providenciadas pelo SNS.

3.4.2 Motivo da consulta

O motivo da 1ª consulta pode ser:

- Diagnóstico e avaliação da gravidez
- Apresentação de queixas relacionadas ou não com a gravidez

Principais queixas relacionadas com a gravidez

- Cefaleias – é uma queixa comum no início da gravidez, em que na maioria dos casos não se pode demonstrar a causa, mas deve-se descartar a cefaleia relacionada com a hipertensão induzida pela gravidez.
- Náuseas e vômitos – são queixas comuns na primeira metade da gravidez, geralmente mais intensas no período da manhã. Vários factores estão envolvidos como alterações hormonais, factores emocionais e ambientais (odores).
- Pirose – é uma das queixas mais comuns, causada por refluxo gastroesofágico, resultante do deslocamento superior e compressão do estômago pelo útero combinado com o relaxamento do esfíncter esofágico inferior.
- Obstipação – as alterações do trânsito intestinal resultantes de factores hormonais são comuns na evolução de toda gravidez.
- Dor nas costas (dor lombar) – este sintoma é apresentado em diferentes graus por metade das gestantes e resulta das alterações músculo esqueléticas que ocorrem na gravidez.
- Veias Varicosas – são geralmente de predisposição genética tornando-se mais proeminentes a medida que a gravidez avança e que o peso aumenta.
- Hemorróides – o desenvolvimento ou exacerbação na gravidez está associado ao aumento da pressão nas veias rectais, causado por obstrução do retorno venoso pelo útero grande e a tendência à obstipação.
- Pica – caracteriza-se pelo surgimento do desejo de comer alimentos com sabores estranhos, e algumas vezes materiais não comestíveis (roupa, argila, poeira). A causa

não é totalmente conhecida, mas pensa-se que carências alimentares como deficiência de ferro possam estar envolvidas.

- Sialorreia – é a salivação profusa, que durante a gravidez cria extremo desconforto a grávida.
- Fadiga – é frequente no início da gravidez, e a maioria das mulheres refere este sintoma associado aos períodos excessivos de sono. O distúrbio geralmente sofre remissão no quarto mês de gravidez e não tem significado especial.
- Leucorreia – As gestantes frequentemente desenvolvem mais corrimento vaginal, e em muitos casos não tem causa patológica. Esta hipersecreção deve-se a maior secreção de muco pelas glândulas cervicais em resposta aos altos níveis de estrogénio. A leucorreia pode ser patológica, como consequência de uma infecção de Transmissão sexual como por exemplo: *Trichomonas vaginalis*, *Cândida albicans* ou *Vaginose bacteriana*.

3.4.3 Determinação da Idade Gestacional (IG) e da data provável do Parto (DPP)

A determinação da Idade Gestacional (IG) e da Data Provável do Parto (DPP), é feita com base na Data da Última Menstruação (DUM). Numa paciente com menstruações regulares (ciclos de 28 dias em média), é possível calcular estes dados, se se conhecer o primeiro dia da última menstruação. Para tal são usados principalmente o calendário, a roda gestacional ou gestograma, e a regra de Nagele para o cálculo da DPP ($DPP = DUM - 3 \text{ meses} + 7 \text{ dias}$). Vide aula 3.

Na aula 4, será descrito um método alternativo para determinar a idade gestacional com base na altura uterina e nos batimentos cardíacos fetais. São métodos pouco fiáveis, mas que podem ser usados alternativamente nos casos em que a mulher desconhece a data da sua última menstruação e que não estão disponíveis outros métodos como a ecografia.

3.4.4 Antecedentes gineco-obstétricos

Ginecológicos

Úteis para estimar potenciais problemas que possam surgir durante a gravidez.

- Ciclos menstruais: duração, intervalo, regularidade;
- Cirurgias ginecológicas e causas;
- Tumores, malformações e outras patologias ginecológicas;
- Infecções de transmissão sexual;
- Antecedentes de infertilidade e causa (se identificada).

Obstétricos:

Os eventos ocorridos em gestações pregressas (independentemente dos resultados) fornecem indícios importantes sobre os potenciais problemas na gravidez actual.

- Dados sobre a última gestação:

Os dados importantes da Gestação Anterior a reter são: (1) Período da Gestação, (2) Peso ao Nascer, (3) Desfecho Fetal, (4) Duração do Trabalho de Parto, (5) Apresentação Fetal, (6) Tipo de Parto e (7) Complicações Peri-natais (durante a gestação, parto e trabalho de parto, e no puerpério).

- Dados sobre o conjunto de gestações:

Sobre o conjunto das gestações, é importante conhecer os seguintes dados: (1) número de gestações (G), (2) número de abortos (A), (3) número de partos (P), (4) número de

nados mortos (NM), (5) número de nados vivos (6) número de filhos mortos/falecidos (FM), (7) número de vivos actuais (VA), e número e motivo de cesarianas anteriores (CA),.

Também importa saber sobre complicações obstétricas anteriores (gestacionais, intra-parto ou puerperais), antecedentes de gravidez ectópica, peso e anomalias (icterícia, asfíxia) dos filhos à nascença.

Ex: **G7-P5-A1, NM-1,FM-0, VA-4, 2 cesarianas anteriores, ambas por desproporção cefalo-pélvica.** No exemplo acima, a senhora está na sua sétima gravidez, mas como das 6 gravidezes anteriores teve um aborto, só pariu 5 vezes. Dos 5 partos, um resultou em nado morto, e como não tem nenhum filho morto, o total de filhos vivos actuais é 4.

3.4.5 História Médica Progressa

- Algumas doenças são agravadas pela gravidez sendo as mais importantes, os distúrbios cardiovasculares (cardiomiopatias, insuficiência cardíaca), gastrointestinais (dispepsia, obstipação crónica) e os endócrinos (Diabetes Mellitus). Algumas tumores ginecológicos hormônio dependentes (ex: fibromioma) também podem crescer muito durante a gravidez.
- Importa conhecer a história de infecções maternas sexualmente transmissíveis, bem como saber o número e estado de saúde dos parceiros sexuais.
- Importa saber sobre os antecedentes cirúrgicos gineco-obstétricos: abortos induzidos, cesarianas anteriores, miomectomias, etc.

3.4.6 História Familiar

Doenças de tendência familiar podem ser exacerbadas durante a gravidez e causar complicar a gravidez. Assim, História de Diabetes Mellitus, Hipertensão, Acidente Vascular Cerebral, e outras são relevantes.

3.4.7 História Pessoal e Social

É importante conhecer os antecedentes sexuais e conjugais, pesquisar sobre a toma de medicações (tetraciclina, doxiciclina, citostáticos) ou sobre a existência de vícios (alcoolismo, tabagismo, toxico-dependência) que possam interferir com o curso da gravidez.

Deve-se pesquisar sobre a exposição à tóxicos ocupacionais (ex: radiações ultra-violetas, gases anestésicos) e sobre práticas alimentares que possam prejudicar a gravidez.

3.4.8 Revisão por sistemas

Sempre completar a anamnese fazendo uma revisão por sistemas. Este acto poderá permitir diagnosticar doenças de outros aparelhos relacionadas às queixas actuais, que possam interferir ou não com o curso da gravidez.

3.5. Exame Físico Obstétrico

3.5.1. Exame Geral

Na primeira consulta do pré-natal, toda a paciente deve submeter-se a um exame físico completo (descrito na Semiologia), visto que no caso de mulheres jovens e saudáveis, pode ser o primeiro exame completo que faz.

Deve-se prestar particular atenção à critérios determinantes de gravidez de alto risco, como sinais vitais, peso, altura e IMC da gestante. (Vide abaixo).

3.5.2. Exame obstétrico: este exame inclui:

Exame abdominal: em geral este exame só é mandatário a partir do 2º semestre, pois antes disso é pouco informativo. Contudo algumas mulheres apresentam-se tardiamente na CPN pela primeira vez, e devem beneficiar do mesmo. Inclui manobras para a determinação de: apresentação e situação fetal, altura uterina e batimentos cardíacos fetais. É descrito com detalhe na aula 4.

Exame pélvico: este exame inclui:

- Exame da genitália externa por: inspecção e palpação (pesquisa de tumores, condilomas, cicatrizes de cirurgias, secreções, etc);
- Exame da genitália interna: inspecção (por especuloscopia) e quando indicado, a palpação através do toque vaginal combinado (ambas técnicas foram descritas na aula 5 da disciplina de SSRI). A realização do toque vaginal de forma rotineira, não é recomendada devido ao risco acrescido de desenvolvimento de infecções. Deve ser feito em condições específicas como suspeita de ameaça de aborto, gravidez ectópica e outras.

- Avaliação da Pélvis Óssea:

A configuração da pelve e as suas dimensões devem ser avaliadas para determinar quais as pacientes que têm mais chances de apresentar desproporção Céfalo-pélvica durante o trabalho de parto, para poderem ser referidas atempadamente a cuidados obstétricos no nível de atendimento apropriado.

Nas consultas seguintes, o exame físico consistirá no exame geral materno para identificação de eventuais problemas e no exame obstétrico para avaliação do bem estar fetal e seguimento da evolução da gestação.

3.6. Exames Laboratoriais Para a Grávida

3.6.1. Triagem sanguínea

No nosso país, os exames de rotina básicos que devem ser feitos à toda mulher grávida são:

- Hemograma Completo com ênfase a/o:
 - Hemoglobina ($> 12\text{g/dl}$) – a gravidez está associada a um certo grau de anemia fisiológica, e as perdas no parto. Níveis baixos de hemoglobina podem complicar o desenvolvimento fetal, o parto e o puerpério. Uma hemoglobina $<11,0\text{ g/dl}$ (10 g/dl em Moçambique) deve ser considerada anormal e geralmente deve-se à deficiência de ferro.
 - Hematócrito ($> 35\%$) – que normalmente encontra-se diminuído na gravidez devido a hemodiluição (anemia por hemodiluição).
 - Leucograma (Glóbulos Brancos $5\text{-}12/\text{mm}^3$) - níveis baixos aparecem em estados de imunodepressão moderada a grave enquanto os níveis acima surgem em estados infecciosos.

Nos locais em que o hemograma não está disponível, pode-se fazer apenas a hemoglobina.

- HIV – fazer o teste o mais precocemente possível, uma vez que a infecção pelo HIV pode ser controlada de modo a não comprometer a evolução da gestação e a diminuir o risco de transmissão de mãe para filho.
- RPR ou VDRL (Teste de Sífilis) – A sífilis pré-parto pode afectar profundamente o prognóstico da gravidez, causando trabalho de parto pré-termo, morte fetal e infecção

neonatal por infecção transplacentária ou perinatal. É das doenças mais susceptíveis de tratamento.

- Urina II - A bacteriúria está tipicamente presente no momento da 1ª consulta. As infecções do trato urinário são as infecções bacterianas mais comuns encontradas na gravidez. A bacteriúria está associada a prematuridade, mortalidade perinatal, baixo peso ao nascimento.

Outros exames (glicémia, hematozoário) devem ser solicitados, de acordo as manifestações clínicas da gestante.

Os dados da consulta pré-natal devem ser registados na “ Ficha Pré-natal”. Para fins didácticos, este instrumento (e a modalidade de preenchimento) será descrito na aula 3 (prática).

3.7. Plano Nacional de Seguimento da Mulher Grávida

De modo a promover a saúde e a prevenir a exposição da grávida a várias doenças que normalmente colocariam em risco a evolução normal da gravidez e a saúde fetal, o clínico desde a 1ª consulta, deve definir um plano para o efeito.

O plano deve comportar o seguinte:

- Periodicidade das Consultas

Por meio de uma sensibilização eficaz, o clínico deve orientar a gestante a ser assídua e regular nas consultas pré-natais, explicando as vantagens (para a mãe e para o feto) do cumprimento do plano, e as respectivas desvantagens do não cumprimento.

- Testes de rotina em períodos predefinidos

Diversos testes já padronizados (acima descritos), devem ser efectuados de modo a permitir que o clínico antecipe e previna o desenvolvimento de complicações. Estes testes visam o rastreio de patologias mais comuns e de risco obstétrico e permite que caso existam, sejam encaminhadas aos devidos sectores para tratamento específico e adequado.

- Introdução de Imunização (Vacinas)

Visa-se conferir imunização contra o tétano. Em outros países, faz-se também a imunização contra rubéola, actualmente não disponível em Moçambique.

- Introdução de tratamento profiláctico

O tratamento profiláctico (administrado em períodos estabelecidos) é dado para as doenças endémicas com repercussões graves na saúde materno-fetal e para outras a que a mulher grávida está mais susceptível. São as seguintes:

- Malária
- Anemia
- HIV/SIDA
- Parasitoses Intestinais

A descrição detalhada do plano de seguimento da mulher grávida é feita na aula 4.

BLOCO 4: GRAVIDEZ DE ALTO RISCO OBSTÉTRICO (ARO)

Muitos factores estão envolvidos na incidência da gravidez de ARO, incluindo condições de saúde materna, história obstétrica e doença fetal. Existem categorias principais de risco aumentado que

devem ser identificadas antes do parto, para receber consideração apropriada e tratamento subsequente na gravidez.

Neste capítulo, apenas mencionamos as condições mais comuns definidoras de alto risco obstétrico. (O desenvolvimento e manejo destas será efectuado com detalhe nas aulas seguintes).

- **Doença clínica preexistente:**
 - Hipertensão Arterial
 - Diabetes Mellitus
 - Desnutrição
 - Cardiopatia
 - Doença Renal
 - Tuberculose
 - Asma
 - Epilepsia
 - Cancro
- **Má evolução da gravidez anterior:**
 - Mortalidade perinatal
 - Cesarianas anteriores.
 - Prematuridade
 - Atraso de crescimento fetal
 - Malformações congénitas
 - Acidentes placentários em mais de 2 partos
 - Hemorragia materna em mais de 2 partos
 - Partos anteriores com fórceps ou ventosas
- **Outros**
 - Idade <16 ou> 35 anos
 - Tabagismo
 - Dependência de drogas e abuso de álcool
 - Grande Multípara (> 6)
 - Peso Materno <50kg
 - Primigesta com altura <1,5 m
 - Gravidez múltipla (gemelaridade)

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

5.1. A gravidez é um estado fisiológico normal, que pode ser complicado por processos patológicos prejudiciais à saúde materna e fetal em 5-20% dos casos. O clínico que presta assistência às gestantes deve estar familiarizado com as alterações normais que ocorrem durante a gravidez, de forma que possa reconhecer as anormalidades significativas.

- 5.2.** A assistência pré-natal tem como objectivos principais monitorar a evolução da gravidez e a detecção e tratamento específico das pacientes de alto risco.
- 5.3.** Muitos factores estão envolvidos na incidência da gravidez de ARO, incluindo condições de saúde materna, história obstétrica e doença fetal.
- 5.4.** O plano de seguimento da mulher grávida inclui uma série de serviços prestados nas consultas pré-natais que culminam com o parto.
- 5.5.** A primeira consulta pré-natal deve ser feita logo após o diagnóstico da gravidez, e posteriormente o seguimento deve ser mensal até as 32 semanas e quinzenal desde esta altura até a 36ª semana de gestação. Da 36ª semana em diante, o seguimento deve ser semanal.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva II: Obstetrícia	Nº da Aula	3
Tópico	Cuidados Pré-Natais	Tipo	Laboratório
Conteúdos	Atenção Pré-natal Inicial	Duração	4h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Simular o aconselhamento de uma mãe sobre os hábitos e cuidados a ter durante a gravidez e os possíveis teratógenos e substâncias tóxicas a evitar durante a gravidez.
2. Determinar a idade gestacional (IG) e a data provável do parto (DPP), usando a roda gestacional, calendário ou regra de Nagele.
3. Preencher a ficha pré-natal correctamente.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Duração
1	Introdução à Aula	15 min
2	Introdução à Técnica (Revisão)	30 min
3	Demonstração da Técnica pelo Docente	15 min
4	Prática da Técnica pelos Alunos – Aconselhamento Sobre Cuidados a Ter Durante a Gravidez	90 min
5	Prática de Técnica pelos Alunos – Cálculo da Idade Gestacional e Preenchimento de Ficha Pré-Natal	90 min

Material e Equipamentos:

- Rodas gestacionais: 8 (2 para cada grupo)
- Calendários: 8 (2 para cada grupo), alternativamente podem ser usados os calendários dos telemóveis
- Fichas pré-natais limpas: 16 (4 por grupo)
- Cópias de fichas pré-natais usadas: 8 (2 por grupo)
- Bata para cada estudante
- Papel gigante (2 por grupo) e marcadores
- Bloco de notas e caneta para cada estudante fazer as suas próprias notas

Preparação:

- Atribuir antecipadamente os temas sobre **cuidados a ter durante a gravidez**, aos grupos, para que estes possam preparar as respectivas encenações
- Apoiar os alunos na preparação das encenações
- Elaborar os cenários que serão usados para as demonstrações dos alunos
- Conferir se o conteúdo das aulas 1 e 2 foram completamente leccionados e entendidos
- Fotocopiar pelo menos 8 fichas pré-natais preenchidas de uma unidade sanitária, tendo o cuidado de eliminar os dados de identificação da paciente nas cópias

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação dos equipamentos e materiais

Propósito da aula:

Esta aula apresenta os seguintes propósitos:

- Aplicação dos conhecimentos sobre cuidados a ter durante a gravidez, relacionando-os com as crenças sobre gravidez existentes no seio da comunidade e que criam constrangimentos para a adesão da população aos cuidados de saúde.
- Familiarização dos alunos com o uso das rodas gestacionais e dos métodos alternativos (cálculo e calendário) para o cálculo da DPP.
- Familiarização dos alunos com o uso das fichas pré-natais, enfocando sobre a importância de preencher cada dado solicitado no formulário e outros importantes.

2.1. Cuidados a ter durante a gravidez

Nas Aulas 1 e 2 foram descritos os agentes que devem ser evitados na gravidez pelo risco de teratogenicidade, e os aspectos relacionados aos cuidados pré-natais. Abaixo, faremos um breve resumo sobre as matérias já leccionadas na aula teórica.

O plano de seguimento da mulher tem como principal objectivo assegurar uma gestação sem complicações e o nascimento de um bebé vivo e saudável.

Este plano inicia na primeira CPN, que deve ser feita logo após o diagnóstico da gravidez e continua com CPNs seguintes, separadas por um intervalo de 4 semanas até a 32ª semana de gestação, desta altura até a 36ª semana as consultas são quinzenais, e da 36ª semana de em diante, são semanais.

O pacote de cuidados oferecidos à mulher grávida na consulta pré-natal inclui:

- Anamnese e Exame Físico Geral
- Testes de Rotina: Hemograma ou hemoglobina, RPR ou VDRL, HIV, Urina II (bacteriúria). Outros testes (hemograma, CD4), são solicitados de acordo com as necessidades da paciente.
- Educação sanitária e profilaxias (para anemia, malária, parasitose, infecções oportunistas).

2.2. Principais teratógenos durante a gravidez

Os principais teratógenos são:

2.2.1. Fármacos/Drogas

- Medicamentos teratogénicos podem causar malformações diversas como: malformações craniofaciais, neurológicas, músculo-esqueléticos, cardíacas, renais e outras.
- O TMG deve conhecer os fármacos mais frequentemente implicados em teratogenicidade, e deve ter a prática de consultar o Formulário Nacional de Medicamentos sempre que por motivos de força maior, tiver que prescrever um medicamento a uma mulher grávida.

Abaixo listados os fármacos teratogénicos mais comuns:

- Anticonvulsivantes: Ácido Valpróico, Fenitoína, Diazepam;

- Citostáticos: Metotrexato;
- Antihipertensivos: Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA);
- Antibióticos: Tetraciclina (incluindo doxiciclina), metronidazol no 1º trimestre da gravidez
- Anti-retrovirais: Efavirenz
- Outros: Varfarina, Sais de Lítio, Álcool e Cocaína.

2.2.2. Produtos Químicos depositados no ambiente que são Bioconcentrados em alimentos

- Metilmercúrio, bioconcentrado pelos peixes e contido em pescados de ambientes contaminados, causa atrofia cerebral, atraso mental.

2.2.3. Agentes Infecciosos.

As infecções congênitas com potencial teratogénico mais frequentes são: Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovirose, Herpes e Sífilis. Estas podem causar diversas malformações congénitas (microcefalia, ACIU, malformações esqueléticas, hidrocefalia) e serão descritas na disciplina de pediatria (4º semestre).

2.2.4. Radiação ionizante

- Causa microcefalia, atraso mental, malformações esqueléticas e outras.

2.3. Cálculo da idade gestacional (IG) e da data provável do parto (DPP)

A idade gestacional e a data provável do parto, calculam-se a partir da data do primeiro dia da última menstruação (DUM), utilizando principalmente o calendário, a roda gestacional, e para a DPP, a regra de Nagele:

2.3.1. Uso do calendário

Usando o calendário, a idade gestacional é calculada contando o número de semanas completas a partir do primeiro dia da última menstruação até a data da consulta.

O cálculo da DPP, utilizando-se o calendário, é feito levando-se em consideração a duração média da gestação normal (280 dias ou 40 semanas a partir da DUM). A DPP corresponde ao final da 40ª semana, desde o primeiro dia da última menstruação.

2.3.2. Uso da roda gestacional ou gestograma

É um método simples e prático, as indicações para uso estão geralmente no seu verso.



Figura 1. Exemplo de Roda Gestacional

2.3.3. Regra de Nagele – Cálculo da DPP

Na paciente com menstruações regulares pode calcular-se a DPP, usando o primeiro dia da última menstruação e a regra de Nagele ($DPP = DUM - 3\text{meses} + 7\text{ dias}$), isto é, da DUM aumenta-se 7 aos dias e tira-se 3 aos meses.

Ex: DUM: 13/09/09 – DPP: 20/06/10

DUM: 27/06/08 – DPP: 04/03/09

2.4. Preenchimento da ficha pré-natal

A ficha pré-natal é o instrumento onde se registam os dados importantes para o seguimento da gravidez. Este instrumento serve para orientação da recolha e do registo dos dados na CPN, e das profilaxias inerentes à evolução da gravidez. Os dados da ficha pré-natal também indicam importantes critérios para tomada de decisão clínica. O TMG deve conhecer este instrumento, pois constitui uma importante fonte de informação sobre o estado de saúde da mulher incluindo os seus antecedentes.

Os dados presentes na ficha pré-natal incluem os seguintes:

- Identificação
- Antecedentes Obstétricos
- Análises: Hemoglobina, V.D.R.L, HIV, Urina II e outros
- Consultas de Seguimento: peso, tensão arterial, edema, mucosas e outros dados relevantes do exame objectivo
- Vacinas e profilaxias
- Tratamentos em curso: TARV, tratamento específico
- Relatório de Parto

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

FICHA PRÉ-NATAL
UNIDADE SANITÁRIA _____

Nome _____
Data de Entrada: Processo / NID _____
S. I. (Nº PARQ., DATA) _____
Data nasc. / Estado / sexo / País _____
Profissão _____
LOCAL DE TRABALHO _____
Nacionalidade _____
Residência/Local _____
Filiação _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

<p>Gesta <input type="checkbox"/></p> <p>Partos anteriores com êxito ou viciosa _____</p> <p>Complicações hemorrágicas em mais de 2 partos? _____</p> <p>Remoção manual do placenta em mais de 2 partos? _____</p> <p>NP de cesáreas (do último Parto? Sim / Não) _____</p> <p>Pré-eclâmpsia com altura inferior a 1,5 metros? _____</p> <p>Pré-eclâmpsia com idade inferior a 18 anos? _____</p> <p>Idade superior a 35 anos _____</p> <p>Tava 6 ou mais partos _____</p> <p>Último gravidez: Nato morto? _____</p> <p>ou R. N. falecido durante o 1º trimestre? _____</p> <p>Tava 2 ou mais abortos? ou 2 mais natos mortos? _____</p> <p>Tava R. N. com mais de 4 anos? _____</p> <p>Tava T. A. alta ou edemas nas gestações anteriores? _____</p> <p>Tava convulsões nas gestações anteriores? _____</p> <p>Tava convulsões no período de gravidez? _____</p> <p>Tava muita tosse, tosse e urina muito? _____</p> <p>Tava diarreia e polipneumia? _____</p> <p>Tava tosse e expectoração há mais de três semanas _____</p> <p>Tava substituída e está em tratamento? _____</p>	<p>Abortos <input type="checkbox"/></p> <p>Natos mortos <input type="checkbox"/></p> <p>Natos vivos <input type="checkbox"/></p> <p>Vivos actuais <input type="checkbox"/></p> <p>*** Cuidados de Saúde Terciários Planear parto no H. Central ou Provincial</p> <p>** Cuidados de Saúde Secundários Enviar à consulta Obstétrica de Hospital Geral ou Rural</p> <p>* Cuidados de Saúde Primários Enviar à consulta do médico ou técnico de medicina do Centro de Saúde</p>
--	---

Antes: - N. G. R. L., Negativo ☐ Positivo ☐ + Data ____/____/____

Hemoglobina (se menos de 8 g. %) _____ + Data ____/____/____

Grupo sanguíneo (primigestas) ☐ Se RN negativo ☐ ++

CASOS A ENVIAR DE IMEDIATO A CONSULTA MÉDICA OU A EVACUAR PARA O
SPH/STAS: Gestas - Partos - Natos Mortos

Figura 2. Ficha Pré-Natal

EVOLUÇÃO DA GRAVIDEZ ACTUAL

Draw the other two triangles: _____

Data prevista do parto: ____/____/____

[illegible]

Figure	Material
--------	----------

1st class: / 2nd class: / 3rd class: /

Verónica A. Tardáguila	1974 (mujer)	(1974 (mujer))	(1974 (mujer))
------------------------	--------------	----------------	----------------

OBSERVAÇÃO DO MÉDICO GINECOLOGO: para indicar ao Hsp. Estadual de Câncer

[illegible]

ORIENTAÇÃO DA MATERNEIDADE

Después de pagar: $\frac{1}{2}$ $\frac{1}{2}$



Abstract: **Keywords:**

Parameter	Value
Initial concentration of H_2O_2 (M)	0.01
Initial concentration of Fe^{2+} (M)	0.001
Initial concentration of H^+ (M)	0.01
Temperature (°C)	25
Reaction time (min)	0-60
Reaction volume (L)	0.01
Reaction pressure (atm)	1
Reaction pH	2.5
Reaction time (min)	0-60
Reaction volume (L)	0.01
Reaction pressure (atm)	1
Reaction pH	2.5

Types des parts: _____ Les caractéristiques partielles? _____

Das Ergebnis des Tests ist das gleiche wie vorher bei Abgrenzung:

Appendix 2

Figura 3. Ficha Pré-Natal

BLOCO 3: DEMONSTRAÇÃO DA TÉCNICA PELO DOCENTE

(15 min)

Ao apresentar o método de estudo, lembre-se que nesta aula, os alunos irão praticar a parte da obstetrícia correspondente aos cuidados a ter com a gravidez. Demonstre de forma objectiva os conteúdos acima descritos, procurando estimular a participação dos alunos, perguntando sobre aspectos já discutidos nas aulas teóricas. O tema de “aconselhamento sobre cuidados a ter durante a gestação”, não precisa de ser demonstrado, bastará apenas discutir com os alunos aspectos relevantes que deverão ser enfatizados nas suas práticas.

Aconselhamento sobre cuidados a ter durante a gestação:

- Discuta com os alunos a importância do cumprimento de um plano de seguimento pela mulher grávida, mas não seja muito profundo, lembre-se que os grupos irão apresentar encenações sobre o assunto e posteriormente haverá discussão.
- Discuta com os alunos acerca da importância de fornecer informação sobre agentes teratogénicos à mulher grávida, e da existência de agentes com potencial teratogénico ainda não estudados, e que por causa disso a mulher grávida deveria abster-se de ingerir substâncias não conhecidas, como é o caso dos medicamentos tradicionais, muitas vezes usados para vários fins na gravidez.
- Recorde aos alunos, a importância de ter em conta os aspectos culturais, socio-económicos, familiares e outros quando estiver aconselhando à gestante.

Cálculo da Idade gestacional e da data provável do parto

- De acordo com o conteúdo acima descrito, mostre o cálculo da DPP e da IG, utilizando os métodos da roda gestacional, do cálculo com a regra de Naguele e do calendário. Para o método do calendário, seria ideal usar um calendário de parede.
- Explique aos alunos que apesar de serem fiáveis, estes métodos não necessariamente dão resultados exactos ou iguais entre si.

Preenchimento das fichas pré-natais.

- Mostre os dados que constam na ficha pré-natal, solicitando que os alunos descrevam a importância do seu preenchimento e consequências do não-preenchimento.
- Ainda na ficha pré-natal, mostre os espaços alternativos para a colocação da informação adicional, como por exemplo: o início do tratamento anti-retrovirais ou para tuberculose, problemas socioeconómicos, entre outros.
- Demonstre o preenchimento de uma ficha pré-natal e compare com uma ficha previamente preenchida de forma incorrecta.
- Enfatize a importância de se preencher de forma legível todos os campos uma vez que a ficha servirá como fonte de informação para o seguimento da gestação e para a tomada de decisões clínicas.

BLOCO 4: PRÁTICA DA TÉCNICA PELOS ALUNOS - ACONSELHAMENTO SOBRE CUIDADOS A TER DURANTE A GRAVIDEZ

(90 min)

- Divida os alunos em 4 grupos, sendo que cada grupo deverá idealmente ter pelo menos uma aluna para representar o papel da gestante (deve ser de livre vontade aceitar esse papel).
- Cada grupo deverá apresentar uma encenação curta, correspondente ao seu tema (veja abaixo os cenários). Terão 15 minutos para preparar (em simultâneo) e 10 minutos por grupo para apresentar.

- Na peça uma das alunas fará o papel de uma mulher grávida, outro aluno do esposo, outro(a) do clínico. Os restantes membros do grupo poderão representar outros membros da família (mãe, sogra, irmãos), da comunidade ou pessoal de saúde.
- Os alunos encenadores devem procurar reflectir a problemática do dia-a-dia em torno da gravidez, enfocando sobre o tema específico que lhes couber.
- Durante as demonstrações os outros alunos deverão assistir atentamente as peças e tirar anotações sobre aspectos a corrigir, acrescentar, ou para se reflectir.
- No final de cada peça, oriente a discussão, durante 5 a 10 minutos, estimulando-os a intervir e a contribuir com base nas suas experiências pessoais e nos conhecimentos adquiridos nas aulas.

1º Cenário: ARO e Necessidade de Fazer Seguimento e Parto Hospitalar

Gestante de 40 anos, apresenta-se pela primeira vez na maternidade da sua unidade sanitária, acompanhada pela sogra e esposo, referindo gravidez de 7 meses, febre, vômitos e fraqueza. O esposo suspeita que seja malária, porque já teve um quadro parecido. Antecedentes obstétricos: G10-P7-A2, NM - 3 VA-2, FF-2. Você questiona pelo seguimento das gestações, e o esposo rapidamente responde que ela não faz seguimento na unidade sanitária, porque a sua mãe que é matrona (parteira tradicional), tem feito o acompanhamento e partos. Mais informa que assim que a sua esposa estiver melhor da malária, irá continuar o seguimento na aldeia como sempre.

Como você irá aconselhar esta família sobre os cuidados a ter durante a gravidez, e sobre a necessidade de fazer o seguimento e parto hospitalar, visto que se trata de uma gravidez de risco, numa mulher com passado obstétrico carregado?

2º Cenário: Uso de Medicamento Tradicional

Gestante de 33 anos, com 30 semanas de gestação, internada na enfermaria de maternidade por hemorragia anteparto. Durante a visita médica, você verifica que esta tem uma garrafa de medicamento tradicional e em conversa com a paciente, descobre que ela tem ingerido diariamente perto de 1 litro daquele produto, trazido de casa pelos seus familiares. A paciente refere que tem antecedentes de 3 abortos espontâneos e que na gravidez anterior, teve um nado morto, porque tomava apenas 1L do medicamento por dia para não perder a gravidez; por isso, desta vez a sua mãe decidiu aumentar a quantidade diária.

Como você irá aconselhar a gestante e a sua família sobre os riscos de toxicidade e de teratogenicidade associados ao uso indiscriminado de medicamentos ou de outras substâncias cujo teor é desconhecido?

3º Cenário: Anemia, Desnutrição e Tabus Alimentares

Gestante de 25 anos, professora na escola primária do distrito. O seu marido é polícia. Tem feito seguimento na consulta pré-natal e tem boa evolução, mas desta vez, você repara que a paciente está apática e com mucosas pálidas. Quando a questiona, ela refere que tem estado fraca e com cefaleia há cerca de 1 mês, nega perdas hemáticas, mas refere que alterou os seus hábitos alimentares desde que sua sogra chegou da aldeia para cuidar dela. Refere que apesar de seu marido conseguir carne de caça com frequência, a sogra a orienta a não comer qualquer derivado animal incluindo leite, ovos, para além da carne, alegando que o bebé irá nascer com defeitos. Refere também que só tem ingerido cereais, pois as verduras estão associadas ao retardo do trabalho de parto.

Como você irá aconselhar esta família sobre a necessidade de uma alimentação diversificada e completa durante a gravidez, enfocando sobre os tabus alimentares, sem criar problemas sociais a sua paciente?

4º Cenário: Alcoolismo Materno e Comportamento Sexual de Risco

Gestante de 23 anos, apresenta-se pela primeira vez na consulta pré-natal da sua unidade sanitária na sede distrital, acompanhada pela mãe. Refere que vive na capital provincial, onde ganha a vida, trabalhando como servente numa casa nocturna. Apesar do receio da reacção da mãe, ela confessa que ingere bebidas alcoólicas todos os dias, em média 5 cervejas e que tem relações sexuais em troca de favores para aumentar os rendimentos, pois tem de mandar dinheiro para o sustento da filha mais velha que vive com a mãe. Entre outros, você repara no seu desgaste físico e no fedor alcoólico.

Como você irá aconselhar a esta mãe e a família acerca dos cuidados a ter durante a gravidez, enfocando sobre as consequências do alcoolismo e do comportamento sexual de risco?

BLOCO 5: PRÁTICA DA TÉCNICA PELOS ALUNOS – CÁLCULO DA IDADE GESTACIONAL E PREENCHIMENTO DE FICHA PRÉ-NATAL (90 min)

Mantenha os 4 grupos de estudo. Cada grupo deverá ter:

- 2 Calendários
- 2 Rodas gestacionais
- 4 Fichas pré-natais não usadas
- 2 Fichas pré-natais preenchidas (para análise)

Prática do cálculo da IG e da DPP usando a roda gestacional, o calendário e a regra de Nagele (DPP) (30 min)

- Distribua as rodas gestacionais pelos grupos, e dê 5 minutos para que os alunos leiam as instruções para uso.
- Depois peça para que em grupos, durante 15 minutos, os alunos calculem as idades gestacionais de 3 pacientes com base nas datas da última menstruação, usando a regra de Nagele, a roda gestacional e o calendário.
- Em plenária, os membros do grupo deverão apresentar no papel gigante o cálculo das respectivas DPPs. (10 min)

Prática do preenchimento da ficha pré-natal (30 min)

- Para a prática do preenchimento da ficha pré-natal, cada grupo de alunos, deverá ter uma ficha para análise e preenchimento.
- Em conjunto, os alunos deverão analisar de forma crítica, o preenchimento de duas fichas pré-natais reais, enfocando sobre os aspectos que deveriam ser melhorados e sobre as consequências do seu mau preenchimento.
- Depois da discussão, um membro de cada grupo deverá apresentar em plenária as conclusões do trabalho sobre o preenchimento da ficha.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva II: Obstetrícia	Nº da Aula	4
Tópico	Cuidados Pré-Natais	Tipo	Teórica
Conteúdos	Cuidados de Acompanhamento Pré-Natal (I) - seguimento	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Definir situação e apresentação fetal e seus diferentes tipos.
2. Definir foco fetal.
3. Identificar as principais perguntas a serem feitas numa consulta de rotina de acompanhamento pré-natal.
4. Descrever os passos do exame físico de acompanhamento, a periodicidade e o propósito de cada passo.
5. Explicar a relação entre altura uterina e DPP.
6. Descrever o plano nacional de seguimento da mulher grávida e as mensagens para a promoção de uma gravidez saudável e para a prevenção de doenças (tétano, malária, infecções oportunistas, anemia, parasitoses).

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução a Aula		
2	Consultas Pré-Natais de Seguimento		
3	Plano Nacional de Seguimento da Mulher Grávida		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

- Cunningham FG. Williams/Obstetrícia. 20ª Edição. Guanabara Koogan; 2000.
- DeCherney A. Obstetrícia e Ginecologia Diagnóstico e Tratamento. 9ª Edição. McGraw-Hill InterAmericana do Brasil; 2003.
- Povey. Conduta obstétrica. 1ª Edição. MISAU; 1990.
- Resende J. Obstetrícia Fundamental. 9ª Edição. Guanabara Koogan; 2003.
- MISAU. Normas Nacionais de Assistência ao Parto, ao Recém-nascido e às Complicações Obstétricas e Neonatais, 1ª edição, 2011.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: CONSULTAS PRÉ-NATAIS DE SEGUIMENTO

Como referido na aula anterior, o plano de seguimento das consultas pré-natais obedece a seguinte cronologia: 0-32 Semanas uma consulta a cada 4 semanas; 32-36 Semanas, uma consulta a cada 2 semanas; e entre a 36ª Semana e 42ª semana, consultas semanais.

Em cada consulta, o clínico deve:

- Efectuar perguntas de rotina sobre o estado de saúde materno e sobre a evolução da gravidez.
- Efectuar um exame físico geral, prestando particular atenção para os seguintes dados:
 - *Tensão Arterial*
 - *Mucosas*
 - *Peso*
- Efectuar um exame obstétrico (para avaliar a evolução da gravidez e bem estar fetal), através dos seguintes exames:
 - Avaliação da situação e apresentação fetal (Manobras de Leopold) a partir da 26ª semana)
 - Medição da altura do Fundo Uterino
 - Auscultação dos batimentos cardíacos fetais (a partir da 21ª semana)

2.1 Anamnese Obstétrica de Rotina

Durante a anamnese obstétrica de rotina, mesmo que a gestante não se queixe, o clínico deve sempre colocar questões que avaliem o bem-estar fetal, e perguntar por sintomas que permitam avaliar os efeitos da gravidez e de eventuais complicações na sua saúde:

- Cefaleias intensas ou contínuas: indicativo de hipertensão arterial materna
- Turvação ou borramento da visão: indicativo de hipertensão arterial materna
- Vómitos persistentes: indicativo de hiperémese gravídica ou distúrbios hipertensivos (descritos adiante)
- Qualquer grau de hemorragia vaginal: indicativo de anomalias placentárias como placenta prévia e descolamento placentário (descritos adiante). Também pode indicar lesão no canal cervical
- Perda de líquido pela vagina: indicativo de rotura de membranas, com risco de infecções e de parto prematuro
- Edema da face ou dos membros: indicativo de retenção hídrica acentuada, muitas vezes associada aos distúrbios hipertensivos da gravidez (pré-eclampsia, eclampsia)
- Dor Abdominal: pode ser indicativo de anomalias uteroplacentárias, doença hipertensiva na gravidez (epigastrialgia), ou de outras condições não associadas à gravidez
- Calafrios ou febre: indicativo de alguma infecção materna
- Disúria: indicativo de infecção urinária (muito comum na gravidez)

- Alteração acentuada da frequência ou intensidade dos movimentos fetais: a redução da intensidade dos movimentos e da frequência cardíaca fetal podem indicar diferentes graus de sofrimento fetal
- Acentuada dificuldade respiratória, vertigem e palpitações aos esforços físicos ligeiros: pode sugerir anemia ou exacerbação de patologia cardíaca de base (que antes era de baixo grau)

2.2 Exame Físico

2.2.1. Avaliação Materna

No decurso da gravidez, o exame físico materno revela já alterações físicas não perceptíveis no exame inicial. É importante avaliar sempre a mãe, não só para descartar problemas da sua própria saúde, mas também porque o bem-estar fetal está directamente relacionado à saúde da mãe. A avaliação do conteúdo uterino, será descrita abaixo.

Sempre realizar um exame físico geral, com enfoque para:

- Tensão Arterial
- Peso
- Coloração das mucosas

Ao examinar a paciente, deve-se ter em conta as alterações fisiológicas da gravidez, descritas na aula 1. As mesmas devem ser diferenciadas de sinais de má evolução da gestação ou da saúde materna.

2.2.2. Avaliação Fetal

A avaliação fetal faz-se através do palpar obstétrico (isto é, a palpação do útero e do seu conteúdo) e ausculta fetal (auscultação do conteúdo uterino). Nesta avaliação deve-se observar o seguinte:

- A situação e apresentação fetal (manobras de Leopold)
- A altura uterina
- A auscultação dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF)

Situação e Apresentação Fetal

Por convenção, a orientação fetal na cavidade uterina é descrita com base na Situação e na Apresentação Fetal.

No início do trabalho de parto, o conhecimento da orientação fetal em relação à pélvis materna é fundamental para a escolha da via de parto. Por exemplo, se no momento do parto o feto estiver em situação transversal ao canal do parto, a cesariana ou a versão podálica para uma situação longitudinal são as únicas opções.

Situação Fetal – é portanto a relação entre o eixo longitudinal do feto com o eixo longitudinal da mãe. Esta relação pode ser: longitudinal (quando são paralelos), transversal (quando são perpendiculares).

Apresentação e Partes de Apresentação – a parte da apresentação é a parte do corpo que está mais em frente no canal do parto ou mais próxima dele. A parte da apresentação determina a classificação da apresentação, consequentemente em situações longitudinais (mais comuns), a parte da apresentação é a cabeça ou a pelve fetal, criando apresentações cefálica e pélvica respectivamente:

- **Apresentação Cefálica**

A parte apresentada no canal de parto é a cabeça do feto. Pode ser:

- *Apresentação occipital ou de vértice*: quando a parte de apresentação é a fontanela occipital;
- *Apresentação de face*: quando a face fica mais anterior no canal do parto. Ao toque vaginal (T.V) pode-se sentir o nariz e boca;
- *Apresentação de bregma*: quando a parte apresentada é a fontanela anterior;
- *Apresentação de fronte*: em que a parte apresentada é a fronte. Pelo T.V pode-se tocar as arcadas orbitárias.



Apresentação de face Apresentação de bregma



Apresentação occipital Apresentação de fronte

Fonte: <http://www.naturalhealthtutoring.com/terminologyvertex-presentation-or-cephalic-presentation/>

Figura 1: Apresentações cefálicas.

- **Apresentação Pélvica**

A parte apresentada é a pélvis fetal. Pode ser:

- *Apresentação Pélvica Franca* (“de nádegas”) - as coxas estão flectidas e as pernas estendidas sobre as superfícies anteriores do corpo. Toca-se a crista sagrada (osso sacro) e ânus do feto.
- *Apresentação Pélvica Completa* - as coxas estão flectidas sobre o abdômen e as pernas sobre as coxas. Toca-se a crista sagrada, o ânus e os pés do feto.
- *Apresentação Pélvica Incompleta ou com proclivência de pés ou de joelhos* – quando um ou ambos pés está mais baixo. Toca-se os pés do feto.



Fonte: LifeART (and/or) MediClip image (c) 2008 Wolters Kluwer Health, Inc. Todos Direitos Reservados.

Figura 2: Apresentação Pélvica Franca (A), Completa (B), Incompleta (C).

Outras:

- **Apresentação de espádua**

Quando ao T.V palpa-se o ombro, o cotovelo ou o membro superior. Acontece nas situações transversas.

O tipo de apresentação mais comum e que é considerado normal, é a apresentação cefálica occipital ou de vértice, todas as outras são consideradas viciosas.

2.2.3. Diagnóstico da Apresentação e Situação Fetal (A partir da 26ª semana)

Há vários métodos que podem ser usados para diagnosticar a apresentação e a situação fetal que incluem para além da palpação abdominal (manobras de Leopold), o exame vaginal, o exame combinado destes, a ausculta e em alguns casos de dúvida pode-se recorrer à estudos por imagens como ultra-sonografia. Abaixo descrito o método mais usado no nosso contexto:

Palpação Abdominal – Manobras de Leopold

A palpação abdominal consiste em quatro manobras realizadas de forma sistemática nas quais a mãe deve estar em decúbito dorsal e com o abdómen despido por completo. Essas manobras podem ser difíceis ou mesmo impossíveis de se realizar e interpretar na paciente obesa, ou se a placenta estiver implantada anteriormente.

Primeira manobra – para identificar o pólo fetal presente no fundo uterino. O examinador com a polpa dos dedos de ambas mãos, palpa delicadamente o fundo do útero. A palpação da pélvis fetal produz a sensação de um corpo grande, nodular, enquanto a palpação da cabeça produz a sensação de uma estrutura dura e redonda e mais livremente móvel.

Segunda manobra – para localizar o dorso fetal. O examinador coloca as mãos de cada lado do abdómen, exercendo uma pressão suave mais profunda. De um lado é palpado uma estrutura dura e resistente correspondente ao dorso; e do outro, inúmeras partes pequenas, irregulares e móveis, correspondentes aos membros fetais.

Terceira manobra – para confirmar a impressão obtida na primeira manobra, através da verificação da apresentação. O examinador emprega o polegar em oposição aos dedos da mesma mão, segura a porção inferior do abdómen materno, logo acima da sínfise púbica. Se a parte da apresentação não estiver encaixada (encravada), será palpado um corpo móvel (cabeça ou pélvis). As mesmas características descritas na primeira manobra, orientam para a identificação do pólo fetal apresentado.

Quarta manobra – para confirmar se a parte fetal apresentada está encaixada na bacia ou se é móvel. O examinador coloca-se ao lado e olhando para os pés da mãe, e com as pontas dos três

primeiros dedos de cada mão, exerce pressão profunda na direcção do eixo de entrada pélvica enquanto vai deslizando gradualmente as mãos. Se a apresentação for cefálica, uma das mãos é parada mais cedo que a outra por um corpo arredondado, a proeminência cefálica, enquanto a outra desce mais profundamente na pelve. A facilidade com que a proeminência é palpada indica a extensão da descida da cabeça/ da apresentação fetal na pélvis.

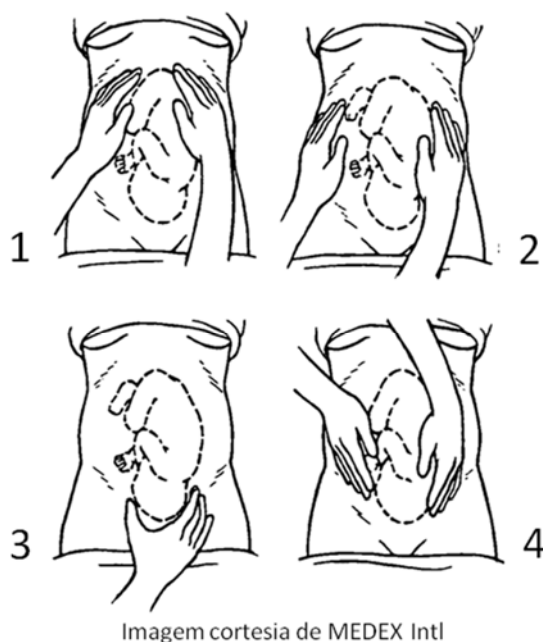


Figura 3: As 4 manobras de Leopold.

Altura Uterina

É estimada medindo-se, com fita métrica, desde o bordo superior da sínfise púbica até ao fundo uterino (bordo superior do volume gravídico abdominal).

A medição da altura uterina permite acompanhar o crescimento fetal, suspeitar de gemelaridade e de deficiência (oligoâmnios) ou de excesso de líquido amniótico (polihidrâmnio). A semelhança dos BCF, a altura uterina também permite calcular a idade gestacional nos casos em que a DUM seja desconhecida, e que não haja disponibilidade de outros métodos como a ecografia.

Uso da altura uterina para estimar a idade gestacional.

Baseia-se nos seguintes princípios:

- Com 8 semanas o útero é palpável pouco acima da sínfise púbica.
- Com 12 semanas o útero passa a ser um órgão abdominal.
- Com 16 semanas o útero geralmente localiza-se entre a sínfise púbica e o umbigo.
- Com 20 semanas o útero é palpável no umbigo.
- Entre a 26ª semana e a 34ª semana, a altura do fundo uterino corresponde grosseiramente à idade gestacional.
- Depois da 36ª semana a relação entre a altura uterina e a IG torna-se menos fiável, pois a altura uterina pode reduzir com a descida da cabeça fetal para a Pelve.

- As mulheres com altura uterina superior 37 cm na gravidez de termo, devem merecer especial atenção (suspeita de gemelarida, polihidrâmnios).

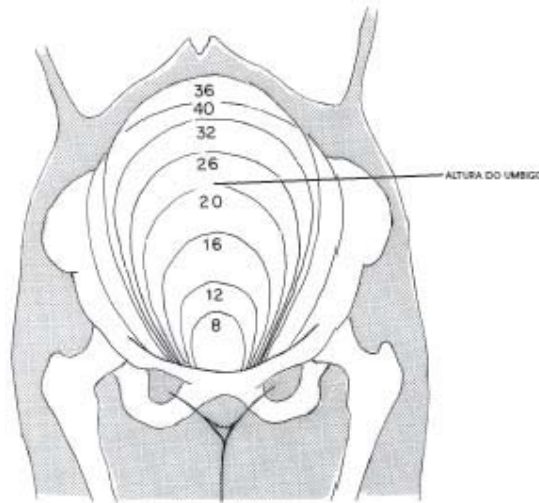


Figura 4: Correspondência entre altura uterina e idade gestacional

Fonte: WWW.gravidafeliz.com.br

Auscultação dos Batimentos Cardíacos Fetais

Frequência cardíaca fetal:

O que se pretende ouvir são os batimentos cardio-fetais (BCF) que nos informam durante a gestação se o feto está vivo, em sofrimento ou morto.

Os BCF são geralmente percebidos com estetoscópio de Pinard a partir da 20ª - 21ª semanas de gravidez. Este dado pode ser usado para estimar a idade gestacional nos casos em que a DUM é desconhecida, e que outros recursos estão indisponíveis.

A auscultação pode ser directa, colocando-se o ouvido sobre a parede abdominal da paciente, ou indirecta, com recurso ao estetoscópio (o usado em obstetrícia chama-se estetoscópio de Pinnard). Para não haver confusão com batimentos maternos, durante a auscultação fetal, deve-se palpar e contar as pulsações maternas em simultâneo, de modo a diferenciar os ritmos.

Os batimentos fetais são únicos enquanto os maternos são duplos, sendo que sua frequência oscila entre 120 e 160 bpm.

Os batimentos são facilmente audíveis no chamado foco máximo de auscultação, que varia com a orientação (situação e apresentação fetal) do feto.

Se a apresentação for pélvica, o foco máximo localiza-se a nível do umbigo ou ligeiramente acima deste, e se for cefálica, o foco localiza-se abaixo do umbigo materno (entre o umbigo materno e a espinha ântero-superior do seu ílio). Nas transversas, são ouvidos lateralmente, no lado em que se encontra o dorso.

Durante as contracções uterinas há redução fisiológica dos BCF, por isso, nas mulheres com contracções recomenda-se que a auscultação seja feita depois das mesmas.

Se durante a auscultação (obedecendo as normas), o foco descer abaixo dos valores normais por mais de 30 segundos, pode ser indicação de sofrimento fetal.

Durante as gestações gemelares, pode-se ouvir mais de um foco. Para se ter a certeza de que são focos diferentes, deve haver uma zona de separação silenciosa entre ambos de pelo menos 10 cm. O ritmo de cada foco pode ser diferente.

BLOCO 3: PLANO NACIONAL DE SEGUIMENTO DA MULHER GRÁVIDA

O plano de seguimento da mulher grávida, inclui uma série de intervenções com vista a promover a saúde da gestante e a prevenir intercorrências. São descritas abaixo:

3.1. PTV (Prevenção da Transmissão Vertical) - aconselhamento e testagem para HIV a todas mulheres na 1ª consulta pré-natal e nas consultas subsequentes para aquelas que ainda não foram testadas.

Seguimento das HIV Positivas

- Administração de profilaxia de transmissão vertical com anti-retrovirais segundo normas nacionais (será descrito na disciplina de HIV).
- Administração de Tratamento Profilático com Cotrimoxazol (TPC) às elegíveis segundo normas nacionais (será descrito na disciplina de HIV).
- Administração de ARVs para a profilaxia ao recém-nascido, segundo as normas nacionais (será descrito na disciplina de HIV).
- Referência para observação clínica, exames laboratoriais e decisão sobre o início ou não de TARV segundo as normas nacionais (será descrito na disciplina de HIV).

3.2. Desparasitação com mebendazol: administração de mebendazol a partir do segundo trimestre, comprimidos de 500mg em dose única, ou comprimido de 200 mg, duas vezes por dia, durante 3 dias.

3.3. Prevenção do tétano: administração da vacina antitetânica logo na primeira consulta após o diagnóstico da gravidez. A 2ª dose é administrada 4 semanas depois, e a 3ª dose 6 meses depois da 2ª dose. Dependendo da idade gestacional na primeira consulta, a 3ª dose pode ser administrada no puerpério.

3.4. Prevenção da malária

3.4.1. TIP (Tratamento Intermitente Presuntivo)

É um tratamento profilático baseado na toma de medicamentos em doses e intervalos predefinidos, com o objectivo de prevenir a infecção pela malária e seus efeitos na mulher grávida e no feto.

- **Critérios para administração de TIP**

- Confirmação de movimentos fetais activos, pela mulher
- Foco fetal audível com estetoscópio de Pinnard
- Idade gestacional de 20 semanas ou mais

(Na ausência de um dos critérios não administrar TIP)

- **Medicação**

Comprimidos de 500 mg de Sulfadoxina + 25 mg de Pirimetamina (**FANSIDAR**) em dose única de 3 comprimidos, num total de 3 doses, com intervalos de 4 semanas entre as tomas:

- 1ªdose - a partir da 20ª semana e com movimentos fetais
- 2ªdose - 6º mês

- 3ª dose – 7 mês

- **Contra-indicações da TIP**

- Grávida com história de alergia ao fansidar, ao cotrimoxazol ou a outra sulfamida;
- Grávida que tenha tomado SP ou outra sulfamida nas últimas 4 semanas, ou que esteja a fazer profilaxia com cotrimoxazol;
- Grávida HIV positiva, que esteja em TARV (neste caso a profilaxia é com cotrimoxazol);
- Grávida com idade gestacional inferior a 20 semanas.

A toma de SP é feita na US, preferencialmente sob observação directa. A grávida deve permanecer na US para curta observação. Se ela vomitar dentro de 30 minutos após a toma, deverá repetir a dose.

3.4.2. REMILD (rede mosquiteira impregnada com insecticida de longa duração)

Entrega de uma REMILD (para prevenção da malária), a todas as mulheres grávidas na primeira consulta pré-natal e nas consultas seguintes, para aquelas que por algum motivo não tiverem recebido na primeira consulta.

3.5. Prevenção da Anemia e malformações fetais (defeitos do tubo neural)

Sal – Ferroso e Ácido Fólico em comprimidos na dose de 1cp (Sulfato ferroso 90mg + ácido fólico 1mg) composto por dia. Desde a primeira consulta até ao final da gestação.

3.6. Exames de Rotina

Para despiste de patologias como anemia, infecções urinárias, infecções de transmissão sexual (ITS), entre outras (descritos na aula 2).

3.7. Educação Sanitária

3.7.1 Nutricional

- Aconselhar a gestante a comer o que quiser, na quantidade que desejar e com sal suficiente para seu paladar, pois ao contrário do que popularmente se pensa, a toxemia gravídica não está relacionada ao consumo de sal.
- Educação Nutricional (aumentar a frequência de refeições para pelo menos 5 por dia, e reduzir as quantidades de alimentos ingeridos por refeição).

3.7.2 Higiene Geral

- Exercício: não há limitação, desde que não se torne excessivamente fatigada ou haja risco de lesar a si própria ou ao feto.
- Banho: não há objecção durante a gravidez ou puerpério. Desaconselhar banhos de banheira no último trimestre.
- Hábitos intestinais: atenção às alterações intestinais da gravidez (obstipação), ingerir quantidades suficientes de líquido, alimentos ricos em fibras em quantidades razoáveis, e exercício diário.
- Coito: Sempre que há ameaça de aborto ou trabalho de parto pré-termo deve-se evitar o coito.
- Prevenção: vacina anti-tetânica, desparasitação com mebendazol, TIP, ATS (aconselhamento e testagem em saúde), PTV, TPC, Uso de REMILD.

- Tabagismo: em virtude dos riscos (morte fetal, baixo peso ao nascer, descolamento da placenta), devem ser totalmente evitados.
- Álcool: não consumir álcool.
- Medicamentos: Se um medicamento for administrado durante a gravidez, as vantagens a serem obtidas devem superar claramente quaisquer riscos inerentes ao seu uso. No primeiro trimestre da gravidez a contra-indicação para a administração de medicamentos é mais forte.
- Parto Institucional: recomendar sempre o parto institucional e prestar aconselhamento sobre os benefícios do parto efectuado na Unidade Sanitária, para a mãe e para o feto.

3.7.3 “Casas de Mãe em espera de trabalho de parto”: as “casas de mãe em espera de trabalho de parto” são casas construídas pelo governo com apoio de ONGs e da comunidade, que servem para o alojamento temporário de gestantes que vivam em áreas distantes da unidade sanitária ou que reúnam outros critérios como complicações (para seguimento em ambulatório), falta de apoio familiar. Recomenda-se o uso destas casas para garantir um melhor controlo destas mulheres, para que o seu parto seja realizado na unidade sanitária e sem complicações.

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

4.1. Em cada consulta de seguimento pré-natal, o clínico deve:

- Efectuar Perguntas de rotina sobre o estado de saúde materno e fetal
- Efectuar um exame físico geral para avaliar os efeitos da gravidez na saúde materna
- Efectuar um exame obstétrico para avaliação da evolução da gravidez (avaliação do feto)

4.2. Sempre Perguntar sobre: cefaleias intensas ou contínuas; turvação ou borramento da visão; vômitos persistente; qualquer hemorragia vaginal; perda de líquido pela vagina; edema da face ou dos membros; dor abdominal; calafrios ou febre; disúria; alteração acentuada da frequência ou intensidade dos movimentos fetais.

4.3. Recomendar sempre e para todas as grávidas o cumprimento integral do plano nacional de seguimento da mulher grávida, para promoção de gravidez saudável e prevenção de intercorrências.

4.4. A avaliação do feto, é feita através da análise da orientação (apresentação e situação), da medição da altura uterina e da medição dos BCFs.

4.5. Durante as contracções uterinas há redução fisiológica dos BCF, por isso, nas mulheres com contracções recomenda-se que a auscultação seja feita depois das mesmas. Se durante a medição (obedecendo os critérios), se verificar uma redução dos valores normais dos BCF por mais de 30 segundos, suspeitar de sofrimento fetal.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva II: Obstetrícia	Nº da Aula	5
Tópico	Cuidados Pré-Natais	Tipo	Laboratório
Conteúdos	Cuidados de Acompanhamento Pré-Natal	Duração	3h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Efectuar um exame físico obstétrico (avaliação fetal) num manequim.
 - a. Medir a altura uterina num manequim e estimar a DPP.
 - b. Executar as manobras de Leopold num manequim.
 - c. Colocar correctamente o fetoscópio (estoscópio de Pinnard) num manequim, com base na posição fetal.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Duração
1	Introdução à Aula	15 min
2	Introdução à Técnica (Revisão)	30 min
3	Demonstração da Técnica pelo Docente	15 min
4	Prática da Técnica pelos Alunos	120 min

Material e Equipamentos:

- Modelo anatómico artificial específico para a prática do exame obstétrico (alternativamente o estudo poderá ser feito em estudantes voluntários de qualquer sexo, previamente preparados)
- Fita métrica: 4 a 6 (1 por cada grupo)
- Fetoscópios: 4 a 6 (1 por cada grupo)
- Apresentação em Powerpoint de:
 - Imagens de um examinador efectuando o exame obstétrico abdominal para determinação da situação e apresentação fetal, com base nas manobras de Leopold,
 - Imagens dos tipos de apresentação fetal
 - Imagens de um examinador executando as manobras para medição da altura uterina e auscultação dos batimentos cardíacos fetais (BCFs).
- Bloco de notas e caneta para cada estudante fazer as suas próprias notas.

Preparação:

- Caso não haja manequins apropriados, solicitar antecipadamente aos alunos que preparem com base em almofadas e tecidos (capulanas, ou lençóis por exemplo), 4 estruturas (1 por grupo) para serem fixadas no abdómen dos voluntários, simulando um abdómen gravídico.
- Preparar a apresentação em Powerpoint com as imagens. Seria ideal se conseguisse ter imagens duma consulta pré-natal real num dos centros de saúde da cidade.
- Conferir se o conteúdo da aula 4 foi completamente leccionado e entendido.

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação dos equipamentos e materiais

Propósito da aula:

Esta aula tem como propósito, a prática da técnica do exame físico obstétrico nas consultas pré-natais de seguimento de uma mulher grávida, enfatizando as manobras de palpação abdominal para determinação da situação e apresentação fetal, as manobras de medição da altura uterina e de auscultação dos BCFs.

2.1 Exame físico de rotina (nas consultas seguintes) da mulher grávida

Nas consultas de seguimento da mulher grávida, o clínico deve efectuar para além da anamnese, um exame físico geral e obstétrico. Nesta aula, iremos rever e praticar a técnica de realização do exame físico obstétrico.

2.2 Exame Físico Obstétrico (Avaliação Fetal)

A avaliação fetal faz-se através do palpar obstétrico e auscultação fetal, que inclui a palpação do útero, do seu conteúdo e a auscultação. Abaixo apresenta-se a descrição das respectivas técnicas:

2.2.1 Situação e apresentação fetal

No início do trabalho de parto, a posição do feto em relação ao canal do parto é fundamental para a via de parto. Por exemplo, se no momento do parto o feto estiver transversal ao canal do parto, a cesariana ou a versão podálica para uma situação longitudinal são as únicas opções para um latente viável.

Por convenção, a orientação ou atitude fetal na cavidade uterina é descrita em relação à Situação e a Apresentação Fetal.

Situação Fetal – é portanto a relação entre o eixo longitudinal do feto com o eixo longitudinal da mãe. Esta relação pode ser: Longitudinal (quando são paralelos), transversal (quando são perpendiculares) e de espádua (quando se cruzam obliquamente).

Apresentação e Partes de Apresentação – a parte da apresentação é aquela parte do corpo do feto que está mais para frente no canal do parto, ou seja, a parte mais próxima do parto. Em situações longitudinais (mais comum), a parte da apresentação é a cabeça ou a pelve fetal, criando apresentação cefálica e pélvica respectivamente.

Apresentação Cefálica

São classificadas de acordo com a relação que existe entre a cabeça e o corpo do feto, e podem ser:

- Apresentação occipital ou de vértice quando a parte de apresentação é a fontanela occipital;
- Apresentação de face quando a face fica mais anterior no canal do parto. Ao toque vaginal (T.V) pode-se sentir o nariz e boca;
- Apresentação de bregma, quando a parte apresentada é a fontanela anterior;
- Apresentação de frente, em que a parte apresentada é a frente. Pelo T.V pode-se tocar as arcadas orbitárias.

Apresentação Pélvica

- *Apresentação Pélvica Completa* - as coxas estão flectidas sobre o abdómen e as pernas sobre as coxas. Toca-se a crista sagrada, o ânus e os pés do feto.
- *Apresentação Pélvica Franca* - as coxas estão flectidas e as pernas estendidas sobre as superfícies anteriores do corpo. Toca-se a crista sagrada (osso sacro) e ânus do feto.
- *Apresentação Pélvica Incompleta ou com procedência de pés ou de joelhos* – quando um ou ambos pés, ou um ou ambos joelhos está mais baixo.

Outras:

- Apresentação de espádua

Quando ao T.V palpa-se o ombro, o cotovelo ou o membro superior. Acontece nas situações transversas.

2.2.2 Diagnóstico da Apresentação e Situação Fetal

(A partir da 26ª semana)

Palpação Abdominal – Manobras de Leopold

Consiste em quatro manobras realizadas de forma sistemática nas quais a mãe deve estar em decúbito dorsal e com o abdómen despido por completo. Essas manobras podem ser difíceis ou mesmo impossíveis de se realizar e interpretar na paciente obesa, ou se a placenta estiver implantada anteriormente.

Primeira Manobra – para identificar o pólo fetal presente no fundo uterino. O examinador com a polpa dos dedos de ambas mãos, palpa delicadamente o fundo do útero. A palpação da pélvis fetal produz a sensação de um corpo grande, nodular, enquanto que a palpação da cabeça produz a sensação de uma estrutura dura e redonda e mais livremente móvel.

Segunda Manobra – para localizar o dorso fetal. O examinador coloca as mãos de cada lado do abdómen, exercendo uma pressão suave mais profunda. De um lado é palpado uma estrutura dura, resistente correspondente ao dorso; e do outro, inúmeras partes pequenas, irregulares e móveis, correspondentes aos membros fetais.

Terceira Manobra – para confirmar a impressão obtida na primeira manobra, através da verificação da apresentação. O examinador emprega o polegar em oposição aos dedos da mesma mão, segura a porção inferior do abdómen materno, logo acima da sínfise púbica. Se a parte da apresentação não estiver encaixada (encravada), será palpado um corpo móvel (cabeça ou pélvis). As mesmas características descritas na primeira manobra, orientam para a identificação do pólo fetal apresentado.

Quarta Manobra – para confirmar se a parte fetal apresentada está encaixada na bacia ou se é móvel. O examinador coloca-se ao lado e de frente para os pés da mãe, e com as pontas dos três primeiros dedos de cada mão, exerce pressão profunda na direção do eixo de entrada pélvica. Se a apresentação for cefálica, uma das mãos é parada mais cedo que a outra por um corpo arredondado, a proeminência cefálica, enquanto a outra desce mais profundamente na pelve. A facilidade com que a proeminência é palpada indica a extensão da descida.

2.2.3 Altura Uterina

Estima-se medindo com fita métrica desde o bordo superior da sínfise púbica até ao fundo uterino (bordo superior do volume gravídico abdominal), o que permite calcular a idade da gravidez, acompanhar o crescimento fetal, suspeitar de gemelaridade e de deficiência (oligohidrâmnios) ou de excesso de líquido amniótico (polihidrâmnios).

A medição da altura uterina permite acompanhar o crescimento fetal, suspeitar de gemelaridade e de deficiência (oligoâmnios) ou de excesso de líquido amniótico (polihidrâmnio). Também permite calcular a idade gestacional nos casos em que a DUM seja desconhecida, e que não haja disponibilidade de outros métodos como a ecografia.

Uso da altura uterina para estimar a idade gestacional.

Baseia-se nos seguintes princípios:

- Com 8 semanas o útero é palpável pouco acima da sínfise púbica.
- Com 12 semanas o útero passa a ser um órgão abdominal.
- Com 16 semanas o útero geralmente localiza-se entre a sínfise púbica e o umbigo.
- Com 20 semanas o útero é palpável no umbigo.
- Entre a 26ª semana e a 34ª semana, a altura do fundo uterino corresponde grosseiramente à idade gestacional.
- Depois da 36ª semana a relação entre a altura uterina e a IG torna-se menos fiável, pois a altura uterina pode reduzir com a descida da cabeça fetal para a Pelve.
- As mulheres com altura uterina superior 37 cm na gravidez de termo, devem merecer especial atenção (suspeita de gemelaridade, polihidrâmnios).

2.2.4 Auscultação dos Batimentos Cardíacos Fetais

Os BCF geralmente começam a ser percebidos em torno da 20ª e 21ª semana de gravidez.

A auscultação pode ser directa, aplicando-se o ouvido sobre a parede abdominal da paciente, ou indirecta, utilizando-se o estetoscópio (o usado em obstetrícia chama-se estetoscópio de Pinnard). Para não haver confusão com batimentos maternos, durante a auscultação fetal deve-se palpar e contar as pulsações maternas em simultâneo de modo a diferenciar os ritmos.

Os batimentos fetais são únicos enquanto os maternos são duplos, sendo que sua frequência oscila entre 120 e 160 bpm.

A região do abdómen na qual os BCF são facilmente audíveis varia de acordo com a apresentação. Se a apresentação for pélvica, o foco máximo localiza-se a nível do umbigo ou ligeiramente acima deste, e se for cefálica, o foco localiza-se abaixo do umbigo materno (entre o umbigo materno e a espinha ântero-superior do seu ílio) Nas transversas, são ouvidos lateralmente, no lado em que se encontra o dorso.

Durante as contracções uterinas há redução fisiológica dos BCF, por isso, nas mulheres com contracções recomenda-se que a auscultação seja feita depois das mesmas.

Se durante a auscultação (obedecendo as normas), o foco descer abaixo dos valores normais por mais de 30 segundos, pode ser indicação de sofrimento fetal.

Durante as gestações gemelares, pode-se ouvir mais de um foco. Para se ter a certeza de que são focos diferentes, deve haver uma zona de separação silenciosa entre ambos de pelo menos 10 cm. O ritmo de cada foco pode ser diferente.

BLOCO 3: DEMONSTRAÇÃO DA TÉCNICA PELO DOCENTE

(15 min)

3.1 Técnica para realização do exame obstétrico

- Cumprimente a paciente e identifique-se.
- Coloque a paciente numa posição confortável e explique o procedimento que irá realizar.
- Lave as mãos.
- Ao iniciar a palpação do abdómen, primeiro faça a inspecção e verifique se há alguma anomalia.
- Palpe o abdómen ilustrando a combinação de delicadeza e objectividade nos movimentos.
- **Manobras de Leopold**
 - Demonstre a primeira manobra de Leopold. Continue com a segunda, a terceira e termine com a quarta.
- **Medição da altura Uterina**
 - Ilustre a técnica de medição da altura uterina, colocando-se do lado direito da paciente e medindo a distância que vai do borde superior da sínfise púbica até ao contorno superior uterino (fundo do útero).
- **Auscultação dos BCF**
 - Demonstre a técnica para auscultação dos BCF, ilustrando a forma correcta de colocação do fetoscópio no abdómen, e do seu posicionamento na altura de auscultar.
- Lave as mãos.
- Registe os dados

Durante o exame físico, vá informando os resultados obtidos aos estudantes e peça que estes os anotem, para se fazer um resumo no fim.

BLOCO 4: PRÁTICA DA TÉCNICA PELOS ALUNOS

(120 min)

- Divida os alunos em 4 grupos, e a cada grupo atribua uma mesa com manequim (ou aluno voluntário).
- Em cada grupo, os alunos deverão praticar com base nos princípios demonstrados pelo docente, todas as técnicas do exame obstétrico (manobras de Leopold, altura uterina, BCF).
- Todos os alunos devem executar as técnicas.
- Distribua o seu tempo entre os grupos, vá rodando de mesa em mesa, orientando a prática e chamando atenção para os erros identificados. Caso haja dúvidas, explique mais uma vez a técnica em questão.
- Se for possível ter o apoio de mais 2 docentes seria ideal, pois garantiria um seguimento mais completo dos grupos durante toda a prática.
- No final da prática, os alunos deverão em plenária, apresentar a sua experiência, dúvidas e comentários sobre as técnicas executadas.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva II: Obstetrícia	Nº da Aula	6
Tópico	Cuidados Pré-Natais	Tipo	Teórica
Conteúdos	Cuidados de Acompanhamento Pré-Natal (II)-Complicações da Gravidez	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Para cada uma das complicações da gravidez indicadas abaixo:
 - a. Definir o termo e descrever as apresentações clínicas;
 - b. Enumerar as possíveis causas e factores de risco;
 - c. Descrever os exames auxiliares (laboratoriais, radiológicos) para o diagnóstico e os diagnósticos diferenciais;
 - d. Descrever o manejo farmacológico e não-farmacológico, dentro das suas competências;
 - e. Descrever as indicações para o internamento ou referência;
 - f. Descrever a técnica de curetagem
 - g. Descrever o plano de acompanhamento e as medidas de prevenção da condição:
 - i. Complicações Obstétricas relacionadas com a gravidez: hiperémese gravídica, aborto (ameaça, inevitável, em curso, retido, séptico).

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Generalidades		
3	Complicações Obstétricas Relacionadas com a Gravidez		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

- Cunningham FG. Williams/Obstetrícia. 20ª Edição. Guanabara Koogan; 2000.
- DeCherney A. Obstetrícia e Ginecologia Diagnóstico e Tratamento. 9ª Edição. McGraw-Hill InterAmericana do Brasil; 2003.
- Resende J. Obstetrícia Fundamental. 9ª Edição. Guanabara Koogan; 2003.
- Machungo F, et al. Manual de cuidados obstétricos essenciais. 1ª Edição. MISAU; 2002.
- Povey G., Mocumbi P., Conduta Obstétrica, Maputo, 1990.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.

1.2. Apresentação da estrutura da aula.

1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: GENERALIDADES

As complicações obstétricas relacionadas com a gravidez são um grupo de perturbações específicas da evolução da gravidez, muitas vezes de causa desconhecida, desencadeadas por factores diversos como alterações hormonais, mecânicas, infecções e outras que interferem no decurso da gestação.

A morbi-mortalidade materna-fetal causada pelas complicações, para além de factores pré-hospitalares (sociais), é agravada pelos seguintes factores de origem clínica:

- Falta de acompanhamento pré-natal;
- Défice no seguimento das gestações de risco;
- Desconhecimento dos principais quadros sindrómicos e presuntivos de complicações obstétricas futuras;
- Atraso no diagnóstico;
- Conduta inapropriada, que leva a subvalorização das apresentações clínicas típicas e graves;
- Tratamento tardio, incluindo o factor atraso na referência aos cuidados obstétricos superiores;

Um pacote de cuidados obstétricos essenciais básicos e completos (este último inclui cesariana e hemotransusão) e um pacote de cuidados ao neonato têm o potencial de diminuir significativamente a morbi-mortalidade materna e perinatal. O pessoal clínico com qualificações naqueles pacotes é crucial.

Por isso as próximas aulas visam dotar o TMG de conhecimentos básicos focalizados em quatro objectivos:

- Suspeitar
- Diagnosticar
- Tratar as complicações de seu nível e estabilizar a paciente
- Referir sempre para unidades sanitárias com cuidados obstétricos especializados (e capacidade cirúrgica) e neonatais pacientes estáveis (entenda-se aqui estabilidade clínica como dados vitais melhorados e mantidos controlados para a distância de transferência).

BLOCO 3: COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS RELACIONADAS COM A GRAVIDEZ

3.1. Hiperémese Gravídica

3.1.1 Definição

São vômitos suficientemente persistentes e prolongados para produzir dificuldade em alimentar-se, emagrecimento e desequilíbrios hidroelectrolíticos (desidratação, hipocaliemia, perda de ácido clorídrico, alcalose, perda de peso). Deve ser diferenciada dos episódios de náuseas e vômitos habituais que acontecem na mulher grávida e sem efeitos sistémicos significativos.

3.1.2 Causas

- São de causa desconhecida. Factores imunológicos, hormonais e distúrbios psicossomáticos parecem estar implicados.
- Factores de risco: i) Primiparidade; ii) Gravidez múltipla; iii) Mola Hidatiforme.

3.1.3 Quadro Clínico

- Náuseas e Vômitos persistentes
- Perda de Peso
- Desidratação moderada a grave
- Hipotensão
- Fraqueza muscular acentuada, principalmente nos membros inferiores

3.1.4 Complicações

- Choque e insuficiência renal
- Desequilíbrios hidro-electrolíticos
- Coma e Morte

3.1.5 Diagnóstico

- Clínico
- Descartar outras causas de vômito persistente na grávida: Gastroenterite, Úlcera Péptica, Hepatite.

3.1.6 Conduta

- Internamento (Obrigatório)
- Avaliar a perda de peso
- Suspende alimentação oral
- Avaliar:
 - Hidratação (olhos, boca, pele, tensão arterial, pulso)
- Sempre que possível avaliar:
 - Electrólitos (sódio, potássio)
 - Função Renal (creatinina, ureia)
 - Função Hepática (ALT, AST)

3.1.7 Tratamento

Não farmacológico

- Apoio psicossocial com a integração da família
- Repouso no leito
- Suspende alimentação durante 48 horas
- Líquidos por via oral (o máximo que a doente tolerar)

Farmacológico

- Clorpromazina* injectável (25mg/2ml) 25 a 50mg I.M de 6/6horas (não ultrapassar 200 mg por dia), ou Prometazina* injectável (50mg/2ml) 25mg I.M e repetir 2 horas depois se necessário.

**Tanto a clorpromazina como a prometazina, são ambos medicamentos que pertencem ao nível 3 (para clínicos gerais) de prescrição. Por essa razão só devem ser usados em casos de extrema necessidade e com muito controlo.*

- Fluidos: administrar fluidos (Soro Fisiológico, Dextrose 5%, Lactato de Ringer) de acordo com o nível de desidratação e outros factores (hipoglicémia, estado geral).
- Electrólitos
 - Cloreto de Potássio a 10% (1g/10ml) (quando alimentação parenteral >48h ou potássio sérico < 3,5mmol/l) dar 1ampola E.V diluido em 500 ml de NaCl 0.9% de 6/6h.
- Interrupção terapêutica da gravidez
 - Excepcionalmente, se não houver remissão do quadro clínico com o tratamento médico adequado, a interrupção terapêutica da gravidez será o único recurso para salvar a vida da paciente grave e com hiperémese gravídica refractária ao tratamento.

3.1.8 Referir, em casos:

- De falta de remissão do quadro clínico com tratamento adequado em 4 dias de internamento.
- De complicações:
 - Insuficiência Renal (oligúria, Creatinina sérica > 200mmol)
 - Lesão Hepática, com transaminases Hepáticas (ALT, AST) > 2x's normal.
 - Alteração do comportamento ou do nível de consciência

3.2. Aborto

Do ponto de vista clínico, 10-15% das gestações terminam espontaneamente no 1º trimestre ou no início do 2º (<15 semanas).

3.2.1. Definição

O **aborto** (em Moçambique) é a expulsão ou extracção do concepto pesando menos de 1000g ou com idade gestacional menor que 28 semanas completas. Pode ser espontâneo ou induzido, dependendo da existência ou não de intervenção humana, respectivamente.

Ameaça de aborto é o sangramento de origem intra-uterina antes de completar 28 semanas de gestação, com ou sem contracções uterinas, sem dilatação da cérvix e sem expulsão dos produtos de concepção.

Aborto completo é a expulsão de todos os produtos de concepção antes de completar 28 semanas de gestação.

Aborto incompleto é a expulsão de algumas partes dos produtos de concepção.

Aborto inevitável refere-se ao sangramento de origem intra-uterina antes das 20 semanas, com dilatação do cérvix e rotura das membranas, mas sem expulsão dos produtos de concepção. Nestes casos, o aborto é considerado inevitável e pode acontecer a qualquer momento.

Aborto retido é a condição na qual o embrião ou feto morre dentro do útero, mas os produtos da concepção ficam retidos no útero.

Aborto séptico é a condição na qual há infecção do útero e algumas vezes de estruturas adjacentes no contexto de um aborto.

3.2.2. Etiologia

- > 50% Defeitos (fase embrionária) genéticos
- Infecções de transmissão sexual
- Doenças gerais (HTA, Diabetes)
- Anomalias uterinas (miomas, malformações uterinas, síndrome de Asherman que é fibrose intra-uterina cicatricial depois da curetagem).
- Malnutrição
- Factores tóxicos (álcool, radiações, fármacos)
- Traumatismo uterino (acidentes, armas de fogo)

3.2.3. Apresentação Clínica

- **Ameaça de Aborto**
 - Sintomas: hemorragia uterina ligeira com ou sem dor ligeira
 - Exame físico: colo fechado, volume uterino proporcional à idade gestacional
 - Ecografia: normal para IG
 - Material expelido: nenhum
- **Aborto inevitável**
 - Sintomas: hemorragia uterina moderada ou abundante, com dores pélvicas tipo cólica
 - Exame físico: colo curto, permeável, às vezes com membranas rompidas
 - Ecografia: normal para IG, pode mostrar canal endocervical dilatado.
 - Material expelido: nenhum
- **Aborto incompleto**
 - Sintomas: hemorragia uterina abundante misturada com fragmentos do produto de concepção (depende da IG), com cólicas moderadas a intensas
 - Exame físico: colo aberto com partes do conceito
 - Ecografia: partes incompletas do produto de concepção
 - Material expelido: parcial expulsão do conceito
- **Aborto completo**
 - Sintomas: hemorragia mínima ou nula, com ou sem dor ligeira, no período pós aborto
 - Exame físico: colo aberto após expulsão, fechado a seguir
 - Ecografia: útero vazio
 - Material expelido: conceito e seus anexos
- **Aborto Retido**
 - Sintomas: sem hemorragia, ou com hemorragia escassa e sem dor. Sem febre
 - Exame físico: colo fechado. Útero de volume menor que correspondente à idade gestacional

- Ecografia: feto com BCF ausente
- Material expelido: nenhum
- **Aborto Séptico**
 - Sintomas: hemorragia ligeira, com miscelânea de fragmentos do concepto e corrimento fétido, com dores intensas e contínuas; febre
 - Exame físico: colo de abertura variável, muitas vezes fechado; útero de volume variável, consistência mole, e doloroso à palpação.
 - Ecografia: restos dos produtos de concepção, por vezes com gás
 - Material expelido: é variável

3.2.4. Complicações Gerais

As complicações do aborto podem ser agrupadas em:

- Hemorrágicas: devido às perdas hemáticas, podendo causar anemia e choque.
- Infecciosas: no aborto séptico e/ou decorrente dos procedimentos invasivos (curetagem)
 - Metrite
 - Anexite
 - Peritonite pélvica ou generalizada
 - Abscesso pélvico
 - Abscessos metastáticos nos pulmões, cérebro, fígado e rins
 - Choque séptico e morte
- Infertilidade (cicatrices no útero resultantes de procedimentos invasivos como curetagem).
- Depressão materna

3.2.5. Conduta Geral

Avaliar:

- TA, Pulso e Mucosas
- Hemograma: Hemoglobina, Hematócrito e Leucócitos
- Urina II (leucócitos)

A. Ameaça de Aborto

- Repouso absoluto até parar o sangramento
- Proibição absoluta do coito, enquanto perdurar a ameaça
- Miorrelaxantes uterinos:
 - ✓ Terbutalina comprimidos de 2,5 mg, 1 a 2 comprimidos (geralmente 1) de 6/6 horas devendo a dose ser ajustada de acordo com a frequência cardíaca fetal e materna, bem como das contracções uterinas. **Administrar só nos casos com mais de 15 semanas.**
 - ✓ Salbutamol comprimidos de 2 mg, até 1 a 2 comprimidos (geralmente 1) de 6/6 ou 8/8 horas. **Administrar só nos casos com mais de 15 semanas.**

Notas e precauções sobre medicação .

- Não administrar **terbutalina** nos seguintes casos: doença cardíaca, eclâmpsia e pré-eclâmpsia severa, infecção e morte fetal intra-uterina, hemorragia ante-parto, placenta prévia e compressão do cordão.
- Evitar ou usar com muito cuidado **salbutamol** nos doentes com insuficiência cardíaca, arritmias cardíacas, HTA, hipertireoidismo e Diabetes.
- Em ambos casos controlar a frequência cardíaca materna e se estiver maior que 120, suspender salbutamol ou terbutalina.

B. Aborto inevitável

- *O mesmo que o **aborto incompleto** (vide abaixo)*

C. Aborto incompleto

- Aspiração ou curetagem uterina o mais cedo possível
- Se houver hemorragia abundante:
 - Metilergometrina 0.2mg IM imediatamente;
 - Na presença de sinais de choque: administrar oxitocina 40UI em Soro NaCl 0,9% 1000ml EV (cateter 16) e transfundir hemoderivados de acordo com as necessidades (tratamento do choque na aula 18).
 - Assegurar que a aspiração/curetagem foi completa
- Alta com: **Amoxicilina** cps 500mg, 1cp de 8/8h + **Metronidazol** cps 250mg, 2cps de 8/8h (ATB para 7 dias) + **Metilergometrina** cps 0.125mg, 1cp de 8/8h (05 dias) + **Sal Ferroso** 30mg 12/12h para 30 dias

D. Aborto completo

- Curetagem ou aspiração uterina, para assegurar que não há fragmentos do conceito retidos que irão causar posteriormente hemorragias e infecções. Se o produto de concepção estiver completo após expulsão não há necessidade de realizar estes procedimentos.
- Administrar metilergometrina 0.2 mg IM
- Alta com: **Amoxicilina** cps 500mg, 1cp de 8/8h + **Metronidazol** cps 250mg, 2cps de 8/8h (ATB para 7 dias) + **Metilergometrina** cps 0.125mg, 1cp de 8/8h (05 dias)

E. Aborto Retido

- Esvaziamento uterino: Misoprostol cps 200µg, introduzir 600µg (3cps) no fundo de saco posterior da vagina. Pode ser repetido após 24h.
- Assegurar que o aborto seja completo (Aspiração após expulsão do conceito)
- *Alta com: o mesmo do aborto incompleto*
- Referir nos casos em que não houver resposta ao tratamento.

F. Aborto Séptico

- Antibioterapia EV de amplo espectro durante 7 a 10 dias, seguido de formas orais:

Primeiras 24 a 48 horas

- Ampicilina 1 a 2g EV 6/6h ou Penicilina Cristalina, 3.000.000 UI, EV de 6/6 horas
- Gentamicina 80mg EV 8/8h ou kanamicina, 500 mg IM de 12/12 horas
- Metronidazol 500mg EV 8/8h
- Após melhoria do estado geral, passar para metronidazol oral, amoxicilina (500mg) oral (1 a 2 c de 8/8h) e manter gentamicina IM.
- Fluídoterapia e/ou transfusão de hemoderivados de acordo com as necessidades.
- Curetagem: depois de estabilizar situação cardiovascular (TA> 110/70mmHg, Pulso <100/min)
- Referir: se não melhora

Nota: o uso de pílulas combinadas (por pelo menos um mês) após procedimentos invasivos intra-útero no contexto de aborto é aconselhável para evitar o síndrome de Asherman (fibrose cicatricial da cavidade uterina).

3.3. Técnica de Curetagem Uterina

É a evacuação de restos, ou do “produto de concepção”.

Preparação da doente

A doente deve ser algaliada, posta numa marquesa, em posição ginecológica e deve ser feita uma boa limpeza da vagina e do períneo com água ensaboada ou cetrimida.

Técnica

Antes de passar qualquer instrumento pelo útero, deve-se efectuar o toque vaginal, para avaliar a dilatação cervical e tamanho do útero.

Os passos da curetagem são:

1. Tracção do útero para baixo com uso de uma pinça de colo (tipo Duplay ou Pozzi recta), pinçando o lábio anterior do colo. Esta manobra permite a rectificação do colo e do útero, tornando mais fácil e seguro o procedimento.
2. Com a pinça de restos (pinça de ponta em anel) remove-se os restos no canal cervical. A seguir a pinça de restos é fechada e introduzida com suavidade dentro da cavidade uterina, até se sentir o fundo do útero; já no fundo, é aberta e fazendo-se uma rotação de 90º graus, torna-se a fechar a pinça e retira-se para fora. Esta manobra pode ser feita 2 ou mais vezes.
3. Usando a cureta mais larga que passar através do colo, introduz-se dentro da cavidade uterina com suavidade até se sentir o fundo do útero. Exercendo uma leve pressão na borda cortante da cureta, esta deve ser tracionada para baixo e para fora; quando a cureta passar o nível do canal cervical, não deve ser exercida nenhuma pressão, evitando assim lesões e cicatrizes no canal cervical.
4. O processo de curetagem deve ser feito na parede posterior, depois na anterior, a seguir nos ângulos (com cuidado, porque a parede uterina é débil neste ponto) e terminar no fundo uterino.
5. Após a curetagem, retorna-se a manobra acima com a pinça de restos, removendo alguns restos maiores.
6. Quando a cavidade uterina já esta limpa, o útero começa a contrair, ouve-se e sente-se o “raspar” da cureta, e o sangue que é expelido da cavidade é vermelho vivo com bolhas de ar.

Neste ponto, não se deve continuar a curetar, para evitar lesões profundas e futuras sinequias uterinas.

7. Após a curetagem, administra-se Metilergometrina 0.5mg IM.
8. Depois de retirar todos instrumentos do útero, inicia-se a massagem uterina por compressão bimanual (uma mão no abdómen e 2 dedos de outra mão dentro da vagina), fazendo movimentos circulares.

Complicações

As principais complicações da curetagem são:

- Lesões e cicatrizes uterinas e do colo uterino
- Perfuração uterina (indicação para Cirurgia)
- Atonia uterina e hemorragia uterina (Repetir Metilergometrina e a massagem bimanual do útero durante 5 a 10 minutos. Se persistente, fazer uma perfusão de oxitocina 20UI em 500ml de soro, em gotejo rápido). Manobras adicionais de tratamento do pré-choque e choque devem ser instituídas sempre que necessário.

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

- 4.1. Os principais objectivos do TMG na abordagem das complicações obstétricas são: 1) Suspeitar; 2) Diagnosticar; 3) Tratar as complicações de seu nível e estabilizar a paciente 4) Referir sempre para as unidades sanitárias com cuidados obstétricos e neonatais, tomando medidas para manter pacientes estáveis no percurso.
- 4.2. A émesse gravídica (vómitos simples no início da gestação da gravidez) e a hiperémese (vómitos persistentes e refractários/rebeldes da gravidez) diferem na intensidade dos vómitos e no potencial para causar desequilíbrio hidroelectrolítico e de ingestão de alimentos.
- 4.3. Infecções de Transmissão sexual são causas importantes e preveníveis de abortos.
- 4.4. O aborto e suas complicações devem receber a conduta correcta o mais precocemente possível.
- 4.5. A terbutalina e o salbutamol para prevenir a ameaça de aborto, só devem ser administrados nas gestações com mais de 15 semanas.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva II: Obstetrícia	Nº da Aula	7
Tópico	Cuidados Pré-Natais	Tipo	Teórica
Conteúdos	Cuidados de Acompanhamento Pré-Natal (II)-Complicações da Gravidez (continuação)	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Para cada uma das complicações da gravidez indicadas abaixo:
 - a. Definir o termo e descrever as apresentações clínicas;
 - b. Enumerar as possíveis causas e factores de risco;
 - c. Descrever os exames auxiliares (laboratoriais, radiológicos) para o diagnóstico e os diagnósticos diferenciais;
 - d. Descrever o manejo farmacológico e não-farmacológico, dentro das suas competências;
 - e. Descrever as indicações para o internamento ou referência;
 - f. Descrever o plano de acompanhamento e as medidas de prevenção da condição:
 - ii. Complicações Obstétricas relacionadas com a gravidez: polihidrâmnios e oligohidrâmnio, atraso de crescimento intra-uterino, risco de parto prematuro, pós-maturidade e gravidez ectópica.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Gravidez Ectópica		
3	Polihidrâmnios e Oligohidrâmnios		
4	Atraso do Crescimento Intra-Uterino (ACIU), Prematuridade, Gravidez Pós-Termo		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

- Cunningham FG. Williams/Obstetrícia. 20ª Edição. Guanabara Koogan; 2000.
- DeCherney A. Obstetrícia e Ginecologia Diagnóstico e Tratamento. 9ª Edição. McGraw-Hill InterAmericana do Brasil; 2003.
- Resende J. Obstetrícia Fundamental. 9ª Edição. Guanabara Koogan; 2003.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: GRAVIDEZ ECTÓPICA

2.1. Gravidez Ectópica

2.1.1. Definição

A gravidez ectópica é a implantação do ovo fora da cavidade uterina, sendo que 90% implantam-se ao nível das trompas.

2.1.2. Epidemiologia

A maioria dos casos ocorre na faixa etária dos 20-30 anos, em mulheres de nível social baixo e naquelas que têm história de infecções repetidas do trato genital incluindo as ITSs. A gravidez ectópica, é a principal causa de mortes maternas relacionadas com a gravidez no primeiro trimestre.

2.1.3. Etiologia/Causas

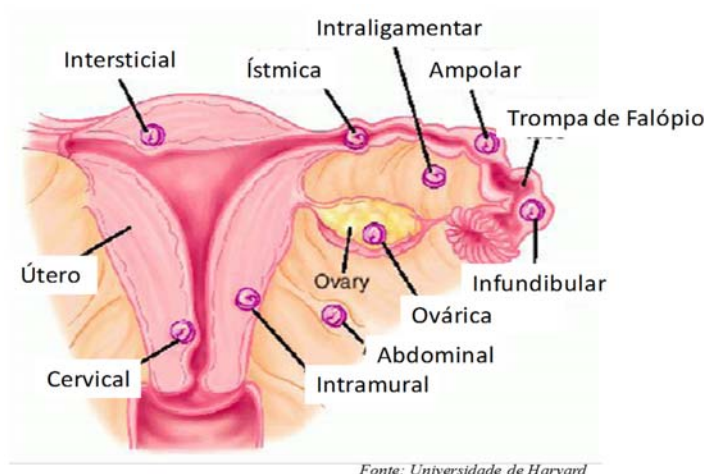
As condições que atrasam ou dificultam a passagem do ovo fertilizado pela trompa:

- Aderências intraluminais e peritubares (pós cirúrgicas, por gravidez ectópica prévia, salpingite, endometriose);
- Anomalias congénitas, comprimento excessivo ou tortuosidade tubar
- Alteração da motilidade tubar

2.1.4. Classificação

De acordo com a localização, pela ordem decrescente de frequência:

- Tubárica (ampolar, infundibular, intersticial e bilateral)
- Ovárica
- Abdominal
- Cervical
- Heterotópica (gravidez extra-uterina e intra-uterina em simultâneo)



Fonte: Universidade de Harvard

Figura 1: Possíveis localizações de gravidez ectópicas.

2.1.5. Quadro Clínico

Nenhum sinal ou sintoma, é patognomónico da gravidez ectópica e outras entidades como gravidez normal, apendicite, DIP, etc podem ser responsabilizadas pelo quadro clínico, retardando o diagnóstico e possibilitando o surgimento de complicações. O clínico deve ter um grau de suspeita alto, e suspeitar de gravidez ectópica sempre que gestantes no 1º trimestre se apresentarem com os sintomas abaixo:

A. Gravidez ectópica não rota ou enquistada

- Antecedentes de amenorreia ou de falha de início do ciclo menstrual
- Sinais e sintomas de gravidez (amenorreia, náuseas, sialorreia, hiperémese ou êmese)
- Dor pélvica de intensidade variável (dependendo da fase)
- Ao toque vaginal: tumoração anexial, útero discretamente aumentado de volume e muita dor à mobilização do colo

B. Gravidez ectópica rota ou complicada

- Antecedentes de amenorreia ou de falha de início do ciclo menstrual
- Sinais e sintomas de gravidez (amenorreia, náuseas, sialorreia, hiperémese ou êmese)
- Sangramento uterino anormal (75% dos casos)
- Dor pélvica súbita, inicialmente localizada numa das fossas ilíacas ou hipogastro, que depois se generaliza. Pode haver irradiação para o ombro e região subdiafragmática (dependendo do volume de sangue intra-abdominal).
- Ao toque vaginal: tumoração anexial, útero discretamente aumentado de volume e muita dor à mobilização do colo. Pode haver abaulamento do fundo de saco de Douglas.
- Distensão abdominal e sinais de irritação peritoneal: defesa abdominal, dor a descompressão (sinal de Blumberg positivo)

2.1.6. Complicações

- Anemia aguda e choque hipovolémico
- Peritonite
- Morte
- Sequelas dependendo do local de inserção

2.1.7. Exames Auxiliares e Diagnóstico

Clínica

- Suspeitar de gravidez ectópica, em toda mulher em idade reprodutiva com sinais e sintomas de gravidez, dor abdominal e/ou hemorragia vaginal.

Segundos dados de observação ginecológica:

- Gravidez ectópica não rota
 - Massa anexial dolorosa com dor a mobilização do colo uterino
- Gravidez ectópica rota

- Massa anexial dolorosa, fundo de saco de Douglas abaulado e doloroso, com dor a mobilização do colo uterino.
- Sinais de anemia grave e abdómen distendido, com sinais de irritação peritoneal.
- Culdocentese (punção do fundo de saco de Douglas) positiva para sangue.
- Paracentese diagnóstica positiva para sangue (nas fases mais avançadas).

Exames auxiliares:

- Hemograma: anemia.
- Teste de gravidez: dosagem de *B*-hCG positiva.
- Ecografia: mostra área de gravidez ectópica e permite diferenciar as enquistadas das rotas.

2.1.8. Conduta

- Estabilizar a paciente: administrar fluídos e hemoderivados de acordo com as necessidades de correcção das perdas hemáticas
- Transferir para US com capacidade cirúrgica.

BLOCO 3: POLIHIDRÂMNIOS E OLIGOHDIRÂMNIOS

3.1. Polihidrâmnios

Refere-se ao excesso de LA, reconhecido ao exame físico (útero grande para idade gestacional). Resulta do desequilíbrio entre a produção e a absorção do L.A.

3.1.1 Causas/Etiologia

As alterações usualmente associadas a polihidrâmnios são:

- Diabetes Mellitus
- Malformações congénitas fetais
- Gemelaridade
- Infecções fetais (citomegalovírus, toxoplasmose e Sífilis)
- 1/3 dos casos mãe e concepto normais (polihidrâmnios idiopático)

3.1.2 Quadro Clínico, Complicações e Diagnóstico

O início é geralmente gradual com começo no 3º trimestre mas podendo alcançar um volume considerável.

A doente queixa-se de:

- Desconforto devido a pressão intra-abdominal aumentada
- Dores difusas abdominais e lombares
- Dificuldade em digerir refeições abundantes
- Dificuldade respiratória, em particular quando posicionada em decúbito dorsal

O exame revela:

- Volume uterino desproporcional (maior) para a idade gestacional
- Edema acentuado dos membros inferiores
- Palpação não se percebe o feto ou quando reconhecido sente-se excessivamente móvel

- BCF fracos ou inaudíveis

Complicações

O prognóstico materno é bom, apenas agravado por algumas complicações da gravidez e do parto. Para o feto o prognóstico é mau, equanto maior é a severidade do polihidrâmnios, maior é a taxa de mortalidade perinatal. As seguintes complicações da gravidez e do parto podem ocorrer:

- Parto prematuro, muito frequente
- Insuficiência cardíaca e renal maternas, nas quais a gravidez deve ser interrompida
- Trabalho de parto arrastado (hipotonia uterina)
- Ruptura prematura das membranas, com más apresentações fetais
- Descolamento prematuro da placenta normalmente inserida
- Aumentado do risco de hemorragia puerperal (hipotonia uterina)

Ecografia: Confirma o diagnóstico e é indispensável para reconhecer algumas causas como, gemelaridade e anomalias congénitas.

3.1.3 Conduta

Perante suspeita de polihidrâmnios o TMG deve:

- Identificar e tratar a causa desencadeadora (diabetes, infeções) ao seu nível;
- Estabilizar a paciente e educar sobre práticas que melhoram os sintomas:
 - Queixas digestivas diminuem com refeições pequenas e frequentes
 - Dificuldades respiratórias aliviam-se dormindo com tórax elevado por almofadas.
- Referir a paciente para níveis de atenção superior onde poderá beneficiar de tratamentos e exames mais avançados

3.2. Oligohidrâmnios

Refere-se a redução significativa do volume do LA.

Resulta do desequilíbrio entre a produção e a absorção do L.A.

3.2.1. Causas

Condições fetais graves estão associadas a oligohidrâmio como:

- Malformações ou anomalias fetais
- Atraso do Crescimento Intra-Uterino
- Ruptura Prematura das Membranas
- Pós-Maturidade

3.2.2. Quadro Clínico, Complicações e Diagnóstico

A doente queixa-se de:

- Desconforto ou dor quando o feto se movimenta
- Algumas (mais experientes) podem referir crescimento uterino inadequado

O exame revela:

- Volume uterino desproporcional (menor) para a idade gestacional

- A palpação abdominal, é possível sentir facilmente as partes e os movimentos fetais
- BCF facilmente audíveis

Complicações

Independentemente da causa, o oligohidrâmnios no 2º trimestre de gravidez é sinal de péssimo prognóstico com:

- Morte fetal
- Hipoplasia pulmonar
- Anormalidades esqueléticas e faciais do feto

A suspeita clínica do oligohidrâmnios na maioria das vezes ocorre quando se observa a presença de um útero pequeno para idade gestacional.

Ecografia: a confirmação faz-se através da ecografia, que muitas vezes estabelece também a etiologia do oligohidrâmnios.

3.2.3. Conduta – referir os casos suspeitos para beneficiarem de atenção especializada.

BLOCO 4: ATRASO DO CRESCIMENTO INTRA-UTERINO (ACIU), PREMATURIDADE, GRAVIDEZ POS-TERMO

4.1. Atraso de Crescimento Intra-Uterino (ACIU)

4.1.1. Definição

Fetos com ACIU são aqueles cujos pesos estão abaixo do 10º percentil para idade gestacional (na curva de crescimento uterino), ou pesando menos de 2500g na gravidez de termo, também denominados «feto pequeno para idade gestacional (PIG)».

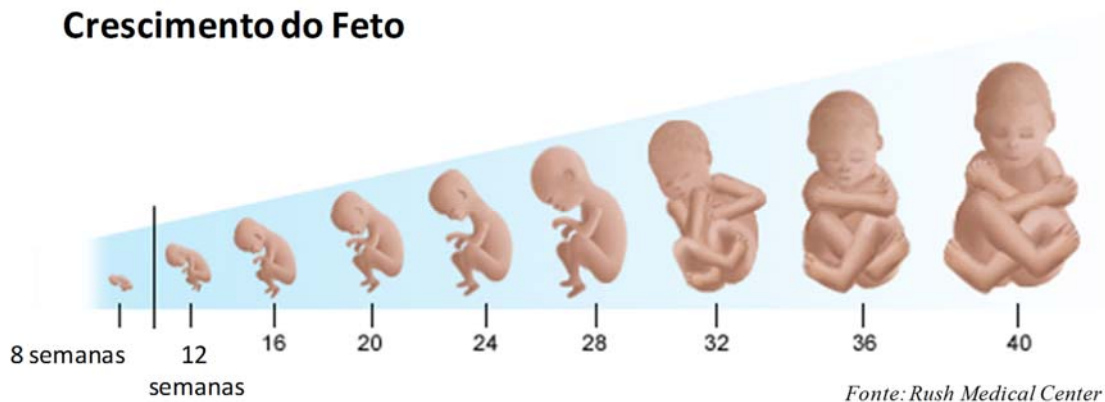


Figura 2: Crescimento fetal.

4.1.2. Etiologia/Causas

Os factores que determinam o ACIU podem ser enquadrados em:

- Malnutrição materna;
- Infecções crónicas maternas (tuberculose; HIV);
- Infecções intra-uterinas: malária, sífilis;
- Insuficiência placentar: malformações placentares, sangramento placentar; gravidez múltipla, idade materna avançada; pré-eclampsia/eclampsia, diabetes.

- Medicamentos e drogas: propranolol, fenitoina, tabaco, álcool, cocaína, heroína;
- Malformações fetais: síndrome Down;
 - Hipóxia materna: anemia, doença cardíaca ou pulmonar, intoxicação crónica intradomiciliar por monóxido de carbono (por exemplo, decorrente do uso de combustível lenhoso).

4.1.3. Quadro Clínico, Complicações e Diagnóstico

O quadro clínico do ACIU é precário, mas alguns dados gerais ajudam a suspeitar:

A paciente pode referir:

- Movimentos fetais diminuídos;

O exame revela:

- Aumento do peso materno menor que o esperado para idade gestacional;
- Altura do fundo uterino menor que a adequado para a idade gestacional;

Antecedentes:

- Frequentemente uma história obstétrica de baixo peso ao nascer ou de morte perinatal (nas gestações anteriores), está presente;
- Factor causal pode ser evidente, tal como tabagismo, anemia, pré-eclampsia;

Complicações

Os conceitos incluídos nesta categoria têm mortalidade perinatal 10 vezes maior daquela existente em fetos normais. Os que sobrevivem estão sujeitos a maior morbilidade neonatal imediata assim como tardia. As principais perturbações/complicações são:

- Fetais: Hipóxia, malformações e morte;
- Neonatais: síndrome de *aspiração do mecónio*, hipoglicémia, hipotermia;
- A longo prazo: atraso de desenvolvimento psicomotor, paralisia cerebral, Diabetes tipo II e Hipertensão Arterial;
- Maternas: devidas à doença subjacente (diabetes, malária).

4.1.4. Conduta

Referir para avaliação e conduta por um especialista. O tratamento pode requerer a administração de medicamentos para acelerar a maturação pulmonar e cesareana (se houver sofrimento fetal significativo).

Enquanto se aguarda pela transferência:

- Repouso, no leito em decúbito lateral, aumenta o fluxo sanguíneo uteroplacentário e melhora as condições de vitabilidade fetal.

4.2. Prematuridade/Ameaça de parto pré-termo

4.2.1. Definição

É definida como a interrupção da gravidez antes das 37 semanas completas, desde que não enquadrada na definição de aborto (em Moçambique com mais de 28 semanas).

4.2.2. Etiologia/Causas

Regra geral a prematuridade decorre de:

- Polihidrâmnioss, em que o parto prematuro é característica de quase todas as formas
- Gestação de Alto Risco (pré-eclâmpsia, incompetência cervical)
- Hemorragia Pré-Natal (placenta prévia, descolamento prematuro da placenta)
- Infecções (malária, amnionite, ITSs)

4.2.3. Quadro clínico

Resume-se ao início precoce (antes das 37 semanas) do trabalho de parto.

4.2.4. Complicações

A prematuridade acarreta várias complicações para o recém nascido como baixo peso à nascença, mortalidade perinatal, lesões cerebrais, instabilidade metabólica (hipoglicemia), síndrome de angústia respiratória (principal causa de morte dos prematuros).

4.2.5. Conduta

A conduta perante casos de parto pré-termo/prematuridade ao nível do TMG é a seguinte:

- **Medidas profiláticas:** tratamento das complicações médicas ou obstétricas com potencial para causar parto pré-termo (HTA, Malária, ITSs).
- Após o início do trabalho de parto pré-termo:
 - Inibir a contractilidade uterina: Dextrose 5% ou Ringer 1000ml + Salbutamol 4 ampolas (dentro do soro), a correr 40gotas/min para diminuir ou parar as contracções;
 - Algalhar a paciente;
 - Referir para unidade sanitária com capacidade cirúrgica e atendimento especializado.

4.3. Gravidez Pós-termo

4.3.1. Definição

A gravidez pós-termo ou prolongada é aquela com duração igual ou superior a 42 semanas completas.

4.3.2. Etiologia – Factores de risco

Muitos casos são idiopáticos, mas alguns casos estão associados aos seguintes factores:

- Puberdade retardada
- Alterações menstruais
- História de esterilidade
- Primiparidade tardia
- Anencefalia
- Idade (mais frequente em mulheres mais velhas)

4.3.3. Quadro Clínico e Diagnóstico

Anamnese em que se avalia a idade gestacional a partir dos dados de:

- DUM
- Primeiros movimentos fetais
- Primeira auscultação cardíaca fetal

- Medidas sequenciais da altura do fundo uterino

Como resultado da gravidez pós-termo surgem 2 tipos de recém-nascido:

- *Tipo macrossômico (Gravidez Prolongada Fisiológica)*, em que a altura do fundo uterino e o peso materno continuam a crescer.
- *Tipo dismaturo (Gravidez Prolongada Patológica)*, em que há evidência de insuficiência placentar: Não há crescimento da altura do fundo uterino e falta o aumento do peso materno com evidência de oligohidrâmnios.

A ecografia é o exame de eleição para avaliação da maturação placentar, e reconfirmar a idade gestacional.

4.3.4. Complicações

A pós-maturidade em primigrávidas vem logo depois da prematuridade como causa de mortalidade fetal e neonatal. A ordem de eventos que causa morte de pós-maturos compreende:

- Insuficiência placentar crónica
- Oligohidrâmnios
- Compressão do cordão umbilical
- Eliminação do mecónio
- Síndrome de aspiração do mecónio

4.3.5. Conduta – referir para U.S. com capacidade diagnóstica especializada e cirúrgica

O tratamento cinge-se praticamente na interrupção da gestação por cesariana se presentes indicações absolutas como sejam sinais de sofrimento fetal, insuficiência placentária e oligohidrâmnios.

Na ausência de tais sinais, esperar a indução ou início espontâneo do trabalho de parto. Esta decisão deve ser tomada pelo especialista.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1. A gravidez ectópica é uma das importantes complicações da gravidez nos países com alta prevalência de ITS, e quase sempre é diagnosticada como uma emergência cirúrgica (gravidez ectópica rota).
- 5.2. Polihidrâmnios refere-se ao excesso de LA, enquanto oligohidrâmnios refere-se a redução do volume normal de LA. Ambas situações são causas de complicações da gestação (morte fetal, parto pré-termo, ruptura precoce de membranas, malformações fetais e outras).
- 5.3. A ecografia é fundamental para o diagnóstico da maioria dos problemas obstétricos complexos (oligo/polihidrâmnios, ACIU, gravidez pós-termo), pelo que perante suspeita de complicações obstétricas, o TMG deve referir a paciente, depois de estabilizar e de tratar as complicações ao seu nível.
- 5.4. A prematuridade é definida como a interrupção da gravidez antes das 37 semanas completas, desde que não enquadrada na definição de aborto, enquanto que a gravidez pós-termo é aquela com duração igual ou superior a 42 semanas completas.
- 5.5. Tanto a prematuridade como a pós-maturidade, são causas importantes de complicações fetais, sendo que a prematuridade é das maiores causas de mortalidade perinatal, devida principalmente à angústia respiratória.
- 5.6. O ACIU pode ser originado por várias causas, sobretudo aquelas que afectam a saúde materna (por ex: malnutrição, infecções agudas e crónicas, hipóxia, ingestão de medicamentos).

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva II: Obstetrícia	Nº da Aula	8
Tópico	Cuidados Pré-Natais	Tipo	Teórica
Conteúdos	Cuidados de Acompanhamento Pré-Natal (II) - Complicações da Gravidez (<i>Continuação</i>)	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Para cada uma das complicações da gravidez indicadas abaixo:
 - a. Definir o termo e descrever as apresentações clínicas;
 - b. Enumerar as possíveis causas e factores de risco;
 - c. Descrever os exames auxiliares (laboratoriais, radiológicos) para o diagnóstico e os diagnósticos diferenciais;
 - d. Descrever o manejo farmacológico e não-farmacológico, dentro das suas competências;
 - e. Descrever as indicações para o internamento ou referência;
 - f. Descrever o plano de acompanhamento e as medidas de prevenção da condição:
 - i. Complicações Obstétricas relacionadas com a gravidez: anemia, diabetes gestacional.
 - ii. Doenças infecciosas na gravidez: Malária, tuberculose, infecção urinária, ITS.
 - iii. Condições crónicas na gravidez: HIV/SIDA, Cardiopatias, epilepsia

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução À Aula		
2	Condições Induzidas ou Agravadas pela Gravidez		
3	Doenças Infecciosas na Gravidez		
4	Doenças Crónicas na Gravidez		
5	Pontos-Chave.		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

- Cunningham FG. Williams/Obstetrícia. 20ª Edição. Guanabara Koogan; 2000.
- DeCherney A. Obstetrícia e Ginecologia Diagnóstico e Tratamento. 9ª Edição. McGraw-Hill InterAmericana do Brasil; 2003.
- Resende J. Obstetrícia Fundamental. 9ª Edição. Guanabara Koogan; 2003.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: CONDIÇÕES INDUZIDAS OU AGRAVADAS PELA GRAVIDEZ

2.1 Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)

2.1.1. Definição

Definida como intolerância à glicose que começou ou que foi detectada pela 1ª vez durante a gravidez, sendo que na maioria dos casos de DMG, a glicose normaliza depois do parto. Este diagnóstico é feito através da medição dos níveis séricos de glicose na mulher grávida (veja descrição abaixo).

2.1.2. Etiopatogenia e quadro clínico

Etiopatogenia

Para melhor compreensão do contexto da DMG importa recordar que na gravidez, dentre outras alterações fisiológicas, ocorre alteração do metabolismo da glicose, de forma a assegurar que os níveis sanguíneos de glicose na mãe sejam sempre suficientemente altos para necessidades do feto.

Quando por alguma razão, há desregulação dos mecanismos acima descritos desenvolve-se a DMG.

A hiperglicemia materna e fetal estimula a hiperinsulinemia fetal e a produção de substâncias que estimulam o crescimento (factor de crescimento), resultando no crescimento exagerado do feto (macrossomia fetal).

Quadro clínico

A **Clínica da DMG** é de expressão fraca, pode haver aumento do apetite e da fome e ganho de peso, mas estes sintomas muitas vezes são confundidos com os da gravidez. Daí a necessidade de rastreio nas CPN.

2.1.3. Diagnóstico

- Urina II (glicosúria): este exame é feito como rotina na 1ª consulta pré-natal, contudo não é fiável, pois uma glicosúria fisiológica é comum (75%) na gravidez. Deve ser confirmado com a glicemia.
- Glicemia: Glicémia em jejum ≥ 126 mg/dl (7 mmol/l) ou glicémia aleatória ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l), confirmam o diagnóstico de Diabetes, desde que seja confirmada no dia seguinte.

2.1.4. Complicações

Maternas

- Polihidrâmnios (25-30%)
- Maior susceptibilidade à infecções: infecção urinária, pielonefrite, amnionite (infecção das membranas placentárias)
- Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia

Fetais

- Macrossomia fetal
- Sofrimento e mortalidade fetal
- Hipoglicemia após o nascimento (devido a hiperinsulinémia materna)
- Malformações congénitas
- Trabalho de parto obstruído (por macrossomia fetal e consequente incompatibilidade cefalo-pélvica).

2.1.5. Conduta

Constituem princípios gerais da terapia da DMG o exame frequente feito pelo obstetra e pelo internista ou médico de clínica geral, tendo como objectivo principal o equilíbrio da diabetes e a avaliação da vitalidade fetal. Por isso, após o diagnóstico ou suspeita destes casos, o TMG deve referir as pacientes, podendo controlá-las segundo um plano definido pelos especialistas. Regra geral a conduta baseia-se no seguinte:

Na Diabetes Subclínica (sem sintomas):

- Controlo por meio de dieta
- Induzir o parto às 40 semanas, caso este não ocorra espontaneamente até a esta IG

Na Diabetes Clínica (com sintomas):

- Controlar com dieta (disciplina de endocrinologia)
- **Não usar antidiabéticos orais (não são eficazes e são teratogénicos)**
- Se o controlo pela dieta não for eficiente, usar insulina rápida com controlo cuidadoso
- Se houver evidência de macrossomia (feto grande), considerar indução do parto precoce e cesariana

Nota: Antidiabéticos orais estão contra-indicados na gravidez e lactação.

2.1.6. Prognóstico

As mulheres com diabetes gestacional diagnosticada correm maior risco de desenvolver Diabetes Mellitus no futuro (50% em 5 anos). Por isso, estas mulheres devem ser particularmente incentivadas a fazer um controle periódico da sua glicémia com o clínico geral. Caso queiram engravidar deve-se fazer controlo regular da glicémia.

2.2 Anemia Gestacional

2.2.1 Definição

A anemia na gravidez é definida pela OMS como hemoglobina inferior a 11g/dl (< a 10g/dl em Moçambique).

2.2.2 Causas

A anemia na gravidez resulta geralmente dos seguintes factores:

- Deficiência nutricional (ferro e ácido fólico, que são essências para a síntese de hemoglobina).
- Infecções crónicas (malária subclínica ou de repetição, ascaridíase, schistosomiase, tuberculose; pielonefrite).
- Gestações repetidas e lactação prolongada.

2.2.3 Diagnóstico

- Clínico
- Hemograma
 - Hemoglobina <10g/dl
 - Análise dos parâmetros celulares para definição do tipo de anemia (macrofítica, microfítica)

2.2.4 Complicações

A anemia reduz a resistência da grávida contra infecções e aumenta as taxas de complicações da gravidez (prematuridade, ACIU) e do parto elevando assim o risco de mortalidade materna e fetal.

2.2.5 Conduta

Prevenção (para Grávidas com ou sem Anemia)

- *Educação Sanitária:* combate aos tabus culturais que proíbem as grávidas de comer alimentos ricos em proteínas, como ovos, peixe e carne (também ricos em ferro, ácido fólico e Vitamina B12).
- *Prevenção e tratamento de doenças infecciosas:* acções que previnem, diagnosticam e tratam doenças como malária, parasitoses intestinais, tuberculose.
- *Suplementação Nutricional:* com Sulfato ferroso (pelo menos 400mg/dia) e Ácido fólico 5mg/dia, são suficientes para compensar as necessidades durante a gravidez e a lactação.
- Desparasitação: segundo as normas nacionais (vide aula 4)
- *Planeamento Familiar:* é fundamental fornecer conhecimentos e técnicas que tornam as mulheres capazes de espaçar as gestações e terminar a fertilidade quando o tamanho da família for o desejado. O intervalo das gestações deve ser no mínimo de 2 anos.

Tratamento (para Grávidas com anemias)

- Sulfato ferroso 200mg Oral 8/8h, até a normalização do valor da hemoglobina, e continuar por 3 a 6 meses depois da normalização.
- Ácido fólico 5 mg por dia, nos casos de malabsorção pode ser necessário até 15 mg por dia.

Se Hemoglobina < 6 g/dl ou se existirem sinais de descompensação

- Transfusão de concentrado de glóbulos vermelhos, seguido de correcção/condução em relação à causa de base.

BLOCO 3: DOENÇAS INFECCIOSAS NA GRAVIDEZ

Neste bloco far-se-á uma abordagem sobre as particularidades existentes entre as patologias infecciosas e a gravidez, nomeadamente 1) Malária; 2) Tuberculose; 3) Infecção urinária; e 4) Infecções de transmissão sexual (ITS).

A descrição destas patologias será baseada no seguinte:

- Na identificação e descrição dos seus efeitos na gravidez;
- Na educação da mulher grávida para adoptar medidas de prevenção;
- No manejo correcto das patologias infecciosas na gravidez.

3.1 Malária

A malária durante a gravidez é um problema de saúde pública de grande importância, principalmente nos países endêmicos, como Moçambique, onde é uma das principais causas de morbimortalidade. Além da doença materna, pode levar a complicações fetais (descritas abaixo).

3.1.1 Complicações da Malária na Gravidez

A malária na gestante pode ser assintomática, sintomática não complicada ou grave/complicada, dependendo da sua imunidade antes da gravidez e da resposta imune durante a mesma.

As complicações da malária na mulher grávida são as mesmas que na mulher não grávida. Na evolução da gravidez e no conceito são as seguintes:

- ACIU;
- Aborto espontâneo;
- Nado-morto;
- Prematuridade;
- Baixo peso ao nascer;
- Malária congénita.

3.1.2 Prevenção da malária na gravidez

A consulta pré-natal (CPN) é a principal porta de entrada da mulher grávida ao Serviço Nacional de Saúde e à prevenção da malária na gravidez.

O pacote de medidas oferecidas na CPN para a prevenção da malária foi descrito na aula 4 e inclui: *Tratamento intermitente presuntivo da malária (TIP)*, *distribuição de rede mosquiteiras (REMILD)*, *educação para a saúde* (ênfase sobre as consequências negativas da malária na gravidez, os benefícios do TIP, do uso da REMILD e de outras medidas de prevenção da malária, tais como, o saneamento do meio).

3.1.3 Conduta para casos de malária na gravidez

Apesar das medidas preventivas aplicadas durante a gravidez, algumas mulheres podem contrair malária. Por isso, os TMG devem estar capacitados para identificar e tratar adequadamente a malária na mulher grávida.

Diagnóstico

- Microscopia (esfregaço) ou Teste de Diagnóstico Rápido (TDR) na CPN.

Tratamento

- Malária não complicada (em ambulatório)
 - 1º trimestre – Quinino cps 300mg, 2cps 8/8h, 7 dias
 - 2º e 3º trimestres – Artemether – Lumefantrina (AL), 4 cps 12/12h, 3 dias
- Malária complicada na gravidez (em internamento)
- **1º trimestre:** Quinino inj. 10mg/kg de peso/dose + Soro Glicose 5% 10ml/kg peso/dose de 8/8 horas.
- Devido ao maior risco de hipoglicémia na gravidez, recomenda-se a administração de 30 ml de Dextrose 30% com o Quinino.

- Depois da resolução das complicações e se não tiver vômitos pode-se passar à via oral com quinino oral até completar 7 dias de tratamento
- **2º e 3º trimestres:** artesunato injectável na dose de: 2.4 mg/kg EV ou IM na admissão. A segunda dose deve ser administrada 12 horas depois da primeira, seguida da terceira, 24 horas depois da primeira. Uma dose diária é indicada nos dias subsequentes.
- O tratamento parenteral deve ser administrado por um período mínimo de 24 horas e logo que o paciente tolere medicação oral, passar para AL (doses acima) até completar 6 doses ou quinino oral (doses acima) até completar 21 doses.

Notas e precauções sobre a medicação anti-malária na grávida:

- Artesunato injectável e o oral (AL) estão contra-indicados no primeiro trimestre da gravidez

3.2 Tuberculose

A tuberculose na grávida possui o mesmo padrão patogénico e clínico que o das mulheres não-grávidas. Os aspectos importantes a destacarem e que diferenciam a abordagem da tuberculose na grávida são: 1) A transmissão fetal (TB congénita); 2) Complicações materno-fetais; 3) Tratamento (efeitos sobre o produto de concepção).

3.2.1 Complicações da Gravidez relacionadas à Tuberculose materna

A TB materna está relacionada com várias complicações sendo as mais comuns:

- Aborto
- Parto prematuro
- Atraso de crescimento intra-uterino
- Morte perinatal

3.2.2 Conduta

A OMS recomenda a aplicação do mesmo tratamento (tratamento de 1ª linha) administrado para as mulheres não-grávidas.

Notas e precauções sobre a medicação

As gestantes com tuberculose resistente e que precisem de tratamento com medicamentos alternativos ou de outras linhas (estreptomicina, rifabutina, cicloserina), devem ser referidas a cuidados obstétricos, para avaliação do tratamento tendo em conta a teratogenicidade dos medicamentos usados.

3.3 Infecção Urinária

Durante a gravidez a incidência das infecções urinárias é de 10 a 20%.

Os tipos de infecções urinárias mais comuns são:

- Bacteriúria assintomática
- Cistite
- Pielonefrite aguda

As complicações destas infecções são:

- Anemia; ACIU; prematuridade; insuficiência renal; choque séptico.

A conduta varia de acordo com o nível de gravidade da infecção, pelo que é importante que o TMG saiba diferenciar os casos:

3.3.1 Bacteriúria assintomática

É a demonstração de bactérias em proliferação activa no trato urinário de um paciente sem quaisquer outros sinais ou sintomas.

- Se não for tratada, pode evoluir para pielonefrite aguda e cistite.
- O agente patogénico mais comum é a *Escherichia coli* (80% dos casos).
- O diagnóstico baseia-se numa urocultura (cultura de urina).

Tratamento em ambulatório:

- Beber muitos líquidos
- Amoxicilina + Ác. Clavulânico cps 625mg, 8/8h durante 10 dias.

3.3.2 Cistite Aguda

Na cistite aguda, a flora bacteriana é semelhante à detectada na bacteriúria assintomática. Do ponto de vista clínico temos:

- Disúria;
- Frequência e urgência urinária;
- Dor retropúbica, agravada pela pressão (à palpação);
- Sem febre, sem náuseas, sem vômitos, sem calafrios;
- Urina II: leucócitos, bactérias;
- Urocultura: identifica a bactéria.

Tratamento em ambulatório:

- Beber muitos líquidos
- Amoxicilina + Ác. Clavulânico cps 625mg, 8/8h durante 10 dias

3.3.3 Pielonefrite aguda

A pielonefrite aguda complica pelo menos 2% de todas gestações, e está associada a riscos materno-fetais elevados (referidos anteriormente).

O quadro clínico caracteriza-se por:

- Anorexia, náuseas e vômitos;
- Febre e calafrios;
- Dor lombar (sinal de Murphy renal positivo) é altamente específica;
- Urina II: leucócitos e bactérias.

Tratamento:

- Internar;
- Paracetamol SOS em caso de dor ou febre;
- Assegurar hidratação por via oral ou endovenosa dependendo do caso;
- Ampicilina 1g EV 6/6h durante 10 a 14 dias;
- Gentamicina 80mg EV 8/8h, até 24h após remissão de sintomas.

3.4 Infecções de transmissão sexual (ITS)

As ITS podem trazer complicações diversas para a saúde materna, para a evolução da gravidez e para o feto. Este tema foi descrito na disciplina de SSR I (aulas 14 e 15). Nesta disciplina apenas serão descritas as possíveis complicações das ITS numa mulher grávida, de forma a que o TMG conheça as vantagens da prevenção e de um tratamento adequado:

Principais complicações das ITSs nas mulheres grávidas

- *Aborto e morte perinatal*
- Infecções congénitas ou neonatais (*Sífilis congénita, conjuntivite gonocócica*)
- Aborto espontâneo
- ACIU
- Prematuridade
- Infecção urinária
- Ruptura precoce das membranas
- Amnionite

BLOCO 4: DOENÇAS CRÓNICAS NA GRAVIDEZ

4.1 Vírus de Imunodeficiência Adquirida/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (HIV/SIDA) e Gravidez

A apresentação e manejo do HIV na gestante, e a transmissão vertical do HIV, estão descritas nas disciplinas de manejo de HIV e de pediatria, respectivamente.

4.2 Cardiopatias

A cardiopatia materna complica cerca de 3% (OMS) das gravidezes. As acentuadas alterações hemodinâmicas estimuladas pela gravidez têm grande impacto sobre a cardiopatia subjacente na gestante.

4.2.1 Etiopatogenia

Durante a gravidez, o débito cardíaco aumenta até 30 a 50%, o que aumenta o esforço e trabalho do coração. Este facto, em associação com as anomalias cardíacas preexistentes (muitas delas de baixo grau), resulta no exacerbatamento do quadro clínico e complicam a gestação.

As alterações cardíacas que mais frequentemente complicam a gravidez são: doença reumática/valvulopatia, doença hipertensiva, anomalias congénitas, e cardiomiopatias.

4.2.2 Complicações

A cardiopatia, diante do extremo stress fisiológico, termina por resultar em insuficiência placentar com: 1) ACIU; 2) Morte fetal; 3) Prematuridade; 4) Descolamento prematuro da placenta.

4.2.3 Quadro Clínico

A insuficiência cardíaca aguda resultante das cardiopatias, pode ocorrer em qualquer altura durante a gravidez, parto e o puerpério, sendo mais frequente durante o trabalho de parto e no pós-parto imediato. Alguns dos principais sinais e sintomas são:

- Sintomas: dispneia grave e progressiva, ortopneia progressiva, hemoptise, síncope aos esforços.
- Sinais: Cianose; baqueteamento digital; PVJ aumentado; Sopros cardíacos; Cardiomegalia; arritmia.

4.2.4 Conduta - Referir

Perante a suspeita da existência de uma cardiopatia devem ser tomadas as seguintes medidas:

- Todas pacientes diagnosticadas ou suspeitas de cardiopatias devem ser encaminhadas para seguimento por obstetra e internista (ou médico de clínica geral).
- Advertir as mulheres com doenças cardíacas que devem evitar a gravidez, oferecendo-as as diferentes opções de planeamento familiar.
- Oferecer possibilidade de interrupção, particularmente se na última gravidez ocorreu uma insuficiência cardíaca.
- Durante a gravidez, seguir estritamente a conduta recomendada:
 - Repouso
 - Dieta hipossódica
- Mulheres com história de febre reumática: Penicilina Benzantínica 1.2M unidade IM de 4-4 semanas, durante a gravidez e o puerpério, para evitar recidivas.

Em relação ao parto:

- Evitar líquidos intravenosos, para diminuir o risco de sobrecarga.
- Encurtar período expulsivo através de uma episiotomia larga.
- Tratar vigorosamente perante uma insuficiência aguda (diuréticos, digoxina).

4.3 Epilepsia

Mais de metade das mulheres com epilepsia pode esperar uma alteração na frequência de convulsões em comparação com a sua frequência pré-gestacional, durante a gravidez.

No geral, as gestantes com epilepsia têm mais complicações e aumento de evoluções perinatais adversas.

4.3.1 Complicações

Principais complicações relacionadas são:

- Aumento da incidência de HTA induzida pela gravidez;
- Aumento da incidência de cesariana;
- Prematuridade;
- ACIU;
- Malformações congénitas;
- Mortalidade perinatal;
- Paralisia cerebral;
- Convulsões e retardo mental.

4.3.2 Conduta - Referir

Perante o historial de convulsões de repetição ou epilepsia confirmada deve-se referir a paciente para níveis de atenção superior (com obstetra e médico internista). Devem ser considerados os seguintes aspectos:

Aconselhamento pré-concepcional

As mulheres devem ser informadas acerca dos problemas associados a concepção e que poderão perigá-las, tais como:

- Riscos associados ao uso de drogas anti-epilépticas (*aula 1, sobre teratógenos*);
- Riscos do não uso de drogas anti-epilépticas (convulsões durante a gravidez);
- Risco de hemorragias;
- Falha de contraceptivos em associação com a co-administração de anticoncepcionais orais e anticonvulsivantes.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1** A anemia na gravidez resulta geralmente de deficiência nutricional, infecções crónicas (malária subclínica, ascaridíase, schistosomíase, tuberculose; pielonefrite), gestações repetidas e lactação prolongada.
- 5.2** A tuberculose da grávida possui o mesmo padrão patogénico e clínico das mulheres não grávidas, sendo que o tratamento de 1ª linha não difere.
- 5.3** É de extrema importância a frequência da mulher grávida nas CPN para o rastreio da Anemia, malária, tuberculose, HIV, ITS, e outras patologias associadas a gravidez.
- 5.4** A infecção urinária passa muitas vezes despercebida na gestante, apesar de ter complicações potencialmente graves como: Anemia; ACIU; prematuridade; insuficiência renal e choque séptico.
- 5.5** A insuficiência cardíaca aguda pode ocorrer em qualquer altura durante a gravidez, parto e o puerpério, sendo mais frequente durante o trabalho de parto e no pós-parto imediato.
- 5.6** Mais de metade das mulheres com epilepsia pode esperar uma alteração na frequência de convulsões em comparação com sua frequência pré-gestacional, pelo que estas devem ser devidamente aconselhadas sobre o risco da gravidez nestas condições.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva II: Obstetrícia	Nº da Aula	9
Tópico	Trabalho de Parto	Tipo	Teórica
Conteúdos	Fisiologia do Trabalho de Parto	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Definir trabalho de parto, descrever os estágios do trabalho de parto e a duração normal de cada estágio.
2. Discutir o padrão da dilatação cervical e descrever a fisiologia uterina normal nos 4 estágios do trabalho de parto.
3. Descrever as indicações e explicar as modalidades de indução de trabalho de parto.
4. Descrever os movimentos cardinais do feto, durante a progressão do trabalho de parto.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução a Aula		
2	Conceitos - Considerações Gerais		
3	Trabalho de Parto Normal		
4	Movimentos Cardinais do Trabalho de Parto na Apresentação Cefálica		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

- Cunningham FG. Williams/Obstetrícia. 20ª Edição. Guanabara Koogan; 2000.
- DeCherney A. Obstetrícia e Ginecologia Diagnóstico e Tratamento. 9ª Edição. McGraw-Hill InterAmericana do Brasil; 2003.
- Povey. Conduta obstétrica. 1ª Edição. MISAU; 1990.
- Resende J. Obstetrícia Fundamental. 9ª Edição. Guanabara Koogan; 2003.
- MISAU. Normas Nacionais de Assistência ao Parto, ao Recém-nascido e às Complicações Obstétricas e Neonatais, 1ª edição, 2011.
- Povey G., Mocumbi P., Conduta Obstétrica, Maputo, 1990.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: CONCEITOS - CONSIDERAÇÕES GERAIS

2.1 Definições

Trabalho de parto – é o processo através do qual se dá a expulsão pelo canal de parto (via vaginal) dos produtos da concepção com mais de 28 semanas (em Moçambique).

Parto - é o mecanismo de expulsão do feto e da placenta (faz parte do trabalho de parto).

Os factores que interferem na evolução do trabalho de parto são:

- **Produto de concepção. Composto por:**
 - Feto e seus anexos (placenta, cordão umbilical, membranas e líquido amniótico)
- **Canal de parto. Composto por:**
 - Bacia óssea
 - Tecidos moles pélvicos: segmento inferior do útero, colo e vagina.
- **As forças do parto:**
 - Contrações uterinas
 - Esforços expulsivos maternos

O início do trabalho de parto dá-se quando são atingidas contrações uterinas de frequência, intensidade e duração suficientes para produzir apagamento (redução da espessura) e dilatação progressiva do cérvix/colo.

Trabalho de parto é um processo fisiológico normal, que a maioria das mulheres suporta sem complicações.

A assistência prestada a parturiente pela equipa envolvida no trabalho de parto tem por objectivo:

- Promover um nascimento seguro para os recém-nascidos e sem complicações para as mães;
- Tentar fazer com que a parturiente e os seus acompanhantes se sintam bem-vindos, confortáveis e informados durante todo o processo do trabalho de parto e nascimento.
- Estimular o contacto físico entre o recém-nascido e os pais na sala de parto. Os profissionais de saúde devem envidar todos os esforços para promover a interacção familiar e apoiar o desejo de a família ficar reunida (parto humanizado).
- Antecipar e tratar todas complicações que podem ocorrer e poderiam causar danos à mãe ou ao feto.
- Acompanhar atentamente a evolução do processo de trabalho de parto, intervindo quando necessário sabendo que toda intervenção está associada a benefícios e também a riscos potenciais.

BLOCO 3: TRABALHO DE PARTO NORMAL

3.1 Características do Trabalho de Parto Normal

O trabalho de parto normal é um processo contínuo, que tem sido dividido para o efeito de estudos em 4 estágios. O 1º estágio é subdividido em 2 fases (fase latente e fase activa).

3.1.1 O 1º estágio do trabalho de parto (estágio de apagamento e dilatação cervical)

Começa com o início do trabalho de parto, terminando com a dilatação cervical completa, isto é, quando o cérvix está suficientemente dilatado (cerca de 10cm) para permitir a passagem da cabeça fetal. Nas pacientes primíparas, sua duração varia de 6-18h, enquanto nas múltíparas dura 2-10h.

As alterações características deste período são:

- A única força motora do parto, são as contracções uterinas. Os esforços expulsivos maternos são desnecessários e indesejáveis.
- O seu progresso mede-se pela dilatação cervical. A descida da apresentação ocorre simultaneamente.

O primeiro estágio do trabalho de parto divide-se em duas fases mediante o padrão de dilatação cervical:

- *Fase latente* - Que começa com o início do trabalho de parto e vai até uma dilatação de 3 cm, caracterizado por contracções irregulares de cerca de 1 em 10 min, e por um progresso lento da dilatação. Tem duração variável.
- *Fase activa* - Começa com cerca de 4cm de dilatação, quando as contracções são boas de em média 2 a 4/10 min, com duração de 30 a 90 segundos, e a dilatação se faz rapidamente. As membranas placentárias rompem-se espontaneamente nesta fase.

Durante o trabalho de parto activo, o útero é transformado em dois segmentos diferentes anátomo-fisiologicamente:

- *Segmento uterino superior* – é a porção contráctil e activa do útero que se espessa até 2cm. Durante o trabalho de parto, este segmento se contrai, retrai e se torna progressivamente mais curto expulsando o feto.
- *Segmento uterino inferior* – é a parte passiva e não contráctil, que se torna fina até 0.5 cm. Em resposta à força das contracções do segmento superior, o segmento inferior amadurecido e o cérvix dilatam-se e apagam-se, formando um fibromuscular muito expandido e progressivamente alongado, delgado, através do qual o feto pode ser expulso.
- Linha de união entre o segmento uterino superior e inferior chama-se *anel de retracção* e desloca-se progressivamente para cima durante o trabalho de parto.

Recomenda-se que neste período a mulher permaneça em decúbito lateral esquerdo ou em posição genu peitoral, pois ambas favorecem a progressão da dilatação e o bem estar fetal.

3.1.2 O 2º estágio do trabalho de parto (estágio de expulsão do feto)

Começa quando a dilatação cervical é completa, e termina com o nascimento do bebé. Este estágio nas primíparas tem sua duração variável de 45min a 60min, enquanto nas múltíparas é de 15-20min.

As características deste período são:

- A mulher sente vontade de defecar, porque com a exposição da apresentação no canal de parto, há compressão do reto;
- Frequentemente há rompimento das membranas;
- As contracções uterinas são apoiadas pelos esforços expulsivos maternos;

3.1.3 O 3º estágio do trabalho de parto (estágio de separação e expulsão da placenta)

Também chamado de dequitação, este estágio começa imediatamente depois do nascimento do lactente, e termina com a expulsão da placenta. Dura aproximadamente 30 minutos.

Possui três fases:

- *Separação* da placenta da parede uterina como resultado da contracção contínua do útero após o feto ter sido expulso, o que provoca o descolamento da placenta.
- *Expressão* da placenta do útero para a vagina devida à contracção contínua do útero, sendo acompanhada pelos seguintes sinais:
 - Útero torna-se pequeno, duro e eleva-se no abdómen, à medida que a placenta passa pelo canal de parto;
 - Cordão umbilical descende 5 - 10 cm;
 - Coágulo de sangue que sai pela vagina e que corresponde à saída do hematoma retroplacentar;
 - Placenta no canal de parto ao exame vaginal.
- *Expulsão* da placenta pela vagina que resulta dos esforços expulsivos voluntários da mãe.

3.1.4 O 4º estágio do trabalho de parto (estágio do puerpério imediato)

Do nascimento até cerca de 1h após, é uma fase crítica da adaptação fisiológica e emocional da mãe e do recém-nascido. É durante este período que ocorre a maioria das hemorragias pós-parto, em grande parte devidas ao relaxamento uterino, presença de restos placentários ou à presença de lacerações não-corrigidas do canal de parto.

3.2 Indução do Trabalho de Parto

A **indução do trabalho de parto** é o processo usado para iniciar o trabalho de parto por meios artificiais. Difere da **Aceleração do trabalho de parto**, que é a estimulação do trabalho de parto que começou espontaneamente.

Os seguintes pontos devem ser observados na indução do trabalho de parto:

- Avaliação apropriada da mãe e do feto;
- Deve ser feito por clínicos experientes, respeitando indicações específicas e com respectiva explicação à paciente;
- Para prever o sucesso da indução, é necessário avaliar primeiro estado do cérvix quanto ao apagamento e a dilatação.

Indicações

As indicações comuns para indução do trabalho de parto são:

- Maternas – Eclâmpsia, pré-Eclâmpsia, hipertensão crónica, diabetes, doença cardíaca.

- Maternofetais – gravidez prolongada, incompatibilidade Rh, anomalia fetal, corioamnionite, ruptura prematura das membranas.

Contra-Indicações

As contra-indicações absolutas à indução ao trabalho de parto são: ICP, placenta prévia, antecedentes de cesariana anterior com fibrose uterina, situação transversa.

As contra-indicações relativas são: apresentação pélvica, oligohidrâmnios, gestação múltipla, prematuridade.

Complicações da Indução

As complicações da indução do trabalho de parto são:

- Maternas – fracasso de indução; inércia uterina e trabalho de parto prolongado; trabalho de parto arrastado e com contracções uterinas tetânicas, provocando descolamento prematuro da placenta, rotura do útero e laceração do cérvix; infecção intra-uterina; hemorragia pós-parto.
- Fetais – prematuridade (quando não avaliada com rigor a idade gestacional); lesões físicas; prolapso do cordão; sofrimento fetal agudo ou morte fetal.

3.2.1 Métodos de Indução do Trabalho de Parto

Diante das indicações específicas referidas na ausência de qualquer contra-indicação, a indução pode ser efectuada mediante a utilização ou aplicação de hormônios estimulantes, ou de outras técnicas descritas abaixo:

Um bom padrão de contracções é aquele com 2 a 4 contracções a cada 10 minutos, de 30 a 90 segundos.

- **Indução com Prostaglandinas**

No nosso meio a mais usada é o misoprostol.

O misoprostol – usado para o amadurecimento do cérvix e a indução do trabalho de parto, é aplicado por via intravaginal na dose de 50µg (1/4 dos comprimidos de 200 µg). Se necessário repetir após 6h.

Se não houver resposta após 2 doses, proceder da seguinte forma:

- Nos casos de pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia ou rotura prematura de membranas - referir para cesareana;
- Nos casos de morte fetal intra-uterina, aguardar 24 horas e repetir a indução;
- Na gravidez pós termo, controlar o bem estar fetal e se os BCF estiverem entre 120 a 160, aguardar 24 horas e repetir a indução

Nota:

Não se deve usar mais do que 50µg de cada vez, e nunca exceder 4 doses (200µg).

Após o uso de misoprostol, deve-se monitorar o bem estar fetal e não usar oxitocina nas 8 horas seguintes.

- **Indução com Oxitocina**

A administração intravenosa de solução muito diluída de oxitocina é método clínico mais eficaz para indução ao trabalho de parto, contudo devido às complicações que causa, só deve ser usado por técnicos experientes.

Oxitocina (ampolas de 5 UI/ml)– 5UI (1ml) + Glicose 5% 1000ml; iniciar com 15 gotas por min., com aumento gradual (ex: 30-60) do gotejo até se obter bom padrão de contrações. O intervalo entre os aumentos do gotejo deverá ser de 30-40min. Dose máxima até 120 gotas/min.

Caso não haja resposta com 5 UI, a dose poderá ser aumentada para 10 UI e nestes casos volta-se a reduzir o gotejo para 15 gotas por minuto e se necessário aumenta-se gradualmente na mesma sequência, sempre monitorando o bem estar fetal e materno.

Deve-se suspender imediatamente a perfusão EV sempre que surgirem sinais de sofrimento fetal (*descrito adiante*) ou hipercontractilidade uterina durante a indução do trabalho de parto.

- **Amniotomia**

A amniotomia (ruptura artificial das membranas) pode induzir ao trabalho de parto, mas seu uso indica firme compromisso com o parto; após romper as membranas, não há volta. A principal desvantagem da amniotomia, quando usada isoladamente para indução do trabalho de parto, é o intervalo imprevisível e algumas vezes longo, até que haja início das contrações uterinas e portanto, do parto. Pode aumentar o risco de infecção se o trabalho de parto não ocorrer imediatamente.

As membranas devem ser rotas com um instrumento apropriado denominado amniótomo. (Mais detalhes na aula 10).

BLOCO 4: MOVIMENTOS CARDINAIS DO TRABALHO DE PARTO NA APRESENTAÇÃO CEFÁLICA

O feto está na apresentação cefálica de vértice (apresentação da fontanela posterior) em aproximadamente 95% de todos os trabalhos de parto.

Devido ao formato irregular do canal pélvico e às dimensões relativamente grandes da cabeça fetal, nem todos os diâmetros da cabeça atravessariam os diâmetros da pelve. Para que tal aconteça, na apresentação de vértice, o feto é expulso seguindo os movimentos cardinais do trabalho de parto, que consistem no processo de adaptação ou de acomodação de partes adequadas da cabeça aos vários segmentos da pelve para a conclusão do parto.

Os movimentos cardinais do trabalho de parto na apresentação de vértice, são do primeiro ao último os seguintes: *encaixe, descida, flexão, rotação interna, extensão, rotação externa e expulsão*.

Movimentos Cardinais do Trabalho de Parto

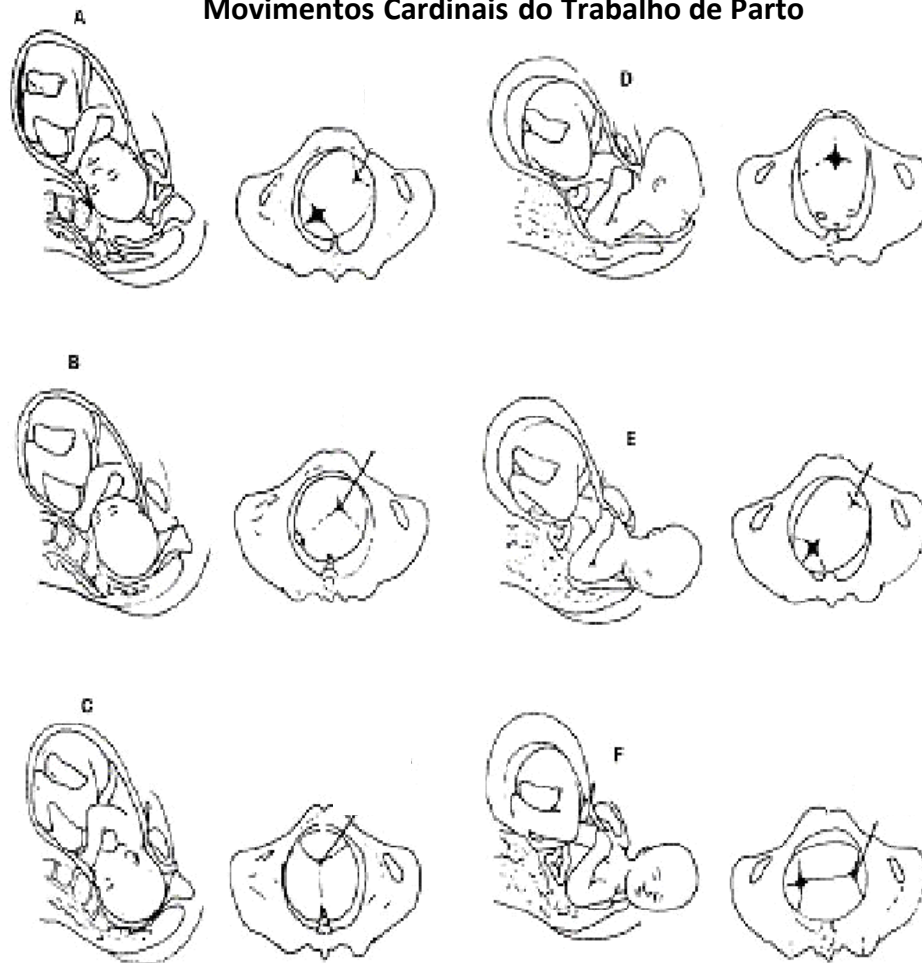


Figura 1: Movimentos cardinais do trabalho de parto. A) Descida, B) Flexão, C) Rotação Interna, D) Extensão, E) Rotação Externa, F) Expulsão.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1** O início do trabalho de parto dá-se quando são atingidas contracções uterinas de frequência, intensidade e duração suficientes para produzir apagamento e dilatação progressiva do cérvix.
- 5.2** O trabalho de parto normal é um processo contínuo, dividido em 4 estágios: (1º) estágio de apagamento e dilatação cervical; (2º) estágio de expulsão do feto; (3º) estágio de separação e expulsão da placenta e (4º) estágio do puerpério imediato.
- 5.3** Durante o trabalho de parto activo, o útero é transformado em dois segmentos diferentes: 1) *Segmento uterino superior* – é a porção contráctil e activa do útero; e 2) *Segmento uterino inferior* – é a parte passiva e não contráctil. O anel de retracção é a linha de união entre os dois segmentos.
- 5.4** A indução ao trabalho de parto é o processo usado para iniciar o trabalho de parto por meios artificiais. Os mais comuns são: as prostaglandinas; a oxitocina; e a amniotomia.
- 5.5** Devido ao formato irregular do canal pélvico e às dimensões relativamente grandes da cabeça fetal, é necessário um processo de adaptação ou de acomodação de partes adequadas da cabeça aos vários segmentos da pelve para a conclusão do parto. Este processo é constituído pelos movimentos cardinais do trabalho de parto que são *encaixe, descida, flexão, rotação interna, extensão, rotação externa e expulsão*.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva II: Obstetrícia	Nº da Aula	10
Tópico	Trabalho de Parto	Tipo	Teórica
Conteúdos	Avaliação Inicial de uma Mulher em Trabalho de Parto	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever os elementos da anamnese e do exame físico e a monitorização da mulher em trabalho de parto
2. Descrever os sinais de parto eminente (verdadeiro).
3. Descrever os passos da avaliação rápida à chegada e conduta de uma mulher em trabalho de parto.
4. Diferenciar entre uma situação de parto urgente e não urgente.
5. Descrever os componentes do partograma, incluindo a curva de Friedman.
6. Descrever como preencher correctamente o partograma.
7. Monitorar a evolução do trabalho de parto.
8. Monitorar o bem-estar fetal, através da *auscultação do foco fetal* e características do líquido amniótico.
9. Descrever as indicações, contra-indicações e a técnica correcta para execução do exame de vagina estéril.
10. Definir amniotomia e descrever suas indicações, contra-indicações e a técnica correcta para a execução.
11. Descrever os cuidados de suporte para o parto no primeiro estágio.
12. Oferecer aconselhamento e testagem em saúde, para avaliar o seroestado do HIV.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Conduta Clínica no Trabalho de Parto Normal		
3	Conduta no Primeiro Estágio do Trabalho de Parto		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

- Cunningham FG. Williams/Obstetrícia. 20ª Edição. Guanabara Koogan; 2000.
- DeCherney A. Obstetrícia e Ginecologia Diagnóstico e Tratamento. 9ª Edição. McGraw-Hill InterAmericana do Brasil; 2003.
- Machungo F, et al. Manual de cuidados obstétricos essenciais. 1ª Edição. MISAU; 2002.
- Povey. Conduta obstétrica. 1ª Edição. MISAU; 1990.
- Resende J. Obstetrícia Fundamental. 9ª Edição. Guanabara Koogan; 2003.
- MISAU. Normas Nacionais de Assistência ao Parto, ao Recém-nascido e às Complicações Obstétricas e Neonatais, 1ª edição, 2011.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: CONDUTA CLÍNICA NO TRABALHO DE PARTO NORMAL

As mulheres com mais probabilidades de ter um trabalho de parto e nascimento normal são as que receberam assistência pré-natal apropriada, sem complicações maternas ou fetais significativas e que têm 36 ou mais semanas de gravidez.

2.1 Identificação do Trabalho de Parto

Se o trabalho de parto for diagnosticado falsamente, podem ser tomadas medidas impróprias para aumentá-lo. Inversamente, se o trabalho de parto não for diagnosticado atempadamente, o feto e a mãe podem ser prejudicados por complicações inesperadas que ocorram em locais distantes de unidades sanitárias adequadas.

Embora o diagnóstico diferencial entre trabalho de parto verdadeiro e o falso seja algumas vezes difícil, o diagnóstico pode ser feito com base nas contracções e características do cérvix.

2.1.1 Características do Trabalho de Parto Verdadeiro:

- As contracções ocorrem em intervalos regulares
- Os intervalos diminuem gradualmente
- A intensidade aumenta gradualmente
- Há descida gradual da apresentação
- Há desconforto nas costas e no abdómen
- Há dilatação cervical com expulsão do rolhão mucoso (descarga mucosa do canal cervical raiada de sangue)
- O desconforto não cessa com sedação

2.1.2 Características do Trabalho de Parto Falso:

- As contracções ocorrem em intervalos irregulares
- Os intervalos permanecem longos
- A intensidade permanece inalterada
- Não há alteração da apresentação
- O desconforto se dá principalmente no hipogastro
- O cérvix não se dilata
- O desconforto geralmente é aliviado pela sedação

2.2 Anamnese e Exame Físico: Procedimentos de admissão hospitalar

A gestante deve ser admitida quando as contracções uterinas ocorrerem com a frequência de 1/minuto, contudo a decisão pode variar de acordo com factores como distância da unidade sanitária, presença ou ausência de acompanhante. A ruptura de membranas e o sinal de sangue (expulsão do rolhão mucoso) são indicações para admissão imediata.

Na anamnese:

- Ficha Pré-natal: rever os antecedentes de evolução da gravidez actual e de gestações anteriores (antecedentes obstétricos). Resultados de análises (incluindo HIV), tratamentos feitos e eventuais particularidades.
- História clínica sumária - focar nos seguintes aspectos
 - Contracções (hora de início e frequência, regularidade)
 - Expulsão do rolhão mucoso
 - Estado das membranas (saída de líquidos pela vagina, sua coloração, tempo de início)
 - Sangramento vaginal (hora e volume)
 - Movimentos fetais (presença e intensidade)
- **Aconselhamento pré-teste na admissão a sala de parto**
 - As parturientes que não tiverem sido testadas durante a gestação, devem ser aconselhadas na sala de partos sobre as vantagens da testagem e profilaxia antiretroviral no momento do parto. De igual forma, as parturientes que tiverem feito apenas um teste durante a gestação, com resultado negativo, deverão fazer o teste seguinte (equivalente ao controle de 3 ou mais meses depois) durante o processo de admissão à maternidade, de preferência antes do parto.
 - No aconselhamento, devem também ser referidos os riscos de transmissão vertical durante o parto e pós-parto.(descrito com detalhe na disciplina de manejo de HIV).

No exame físico:

- Avaliar o estado geral da parturiente
- Sinais vitais maternos de 4 em 4 horas (TA, Pulso, frequência respiratória temperatura) e mucosas
- Palpação do padrão de contracções uterinas (frequência, duração e intervalos de tempo)
- Medir altura uterina e verificar se corresponde a idade gestacional cronológica referida
- Situação e Apresentação fetal (manobras de Leopold)
- Auscultação da frequência cardíaca fetal e ritmicidade
- Exame vaginal (*excepto se houver hemorragia maior que o sinal de sangue*), para determinação de:
 - Presença de líquido amniótico (indicativo de rotura de membranas);
 - Palpação do cérvix (amolecimento, apagamento, dilatação, localização do cérvix em relação à parte da apresentação e à vagina);
 - Identificação da parte da apresentação – a parte do feto palpada ao exame vaginal (cabeça, pelve ou ombro) como descrito na Aula 5;
 - Identificação da estação (grau de descida da parte da apresentação);
 - Arquitectura pélvica (determinar a conjugada pélvica).

Terminada a avaliação completa da parturiente, esta deverá ser acomodada confortavelmente após um banho (se possível). Será feito o clister de limpeza se for julgado necessário, excepto se as membranas estiverem rotas.

2.3 Sinais de Parto Urgente

Após a anamnese e exame físico, o TMG deve identificar todos sinais que identificam a necessidade de parto urgente, de modo a salvaguardar o bem-estar materno fetal através da tomada de medidas para a realização imediata do parto (vaginal ou cesariana). As indicações foram já mencionadas nos temas relativos, mas há que destacar o seguinte:

Indicações Maternas:

- Sangramento uterino ante-parto
- Sofrimento fetal: Presença de mecónio no LA
- Pré-eclâmpsia: Cefaleias, visão turva, dor abdominal com TA diastólica > 110mmHg
- Eclâmpsia: Convulsões maternas
- Ruptura uterina eminente: Contracções uterinas persistentes com dor intensa e formação de anel ou sinal de retracção uterina
- Rotura prematura de membranas > 18h

Indicações Fetais:

- Bradicardia
- Diminuição de movimentos fetais referidos

BLOCO 3: CONDUTA NO PRIMEIRO ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO

A assistência ao trabalho de parto nesta fase, consiste na avaliação do bem estar fetal e na realização de uma série de procedimentos para o seguimento da evolução do trabalho de parto, de forma a identificar-se precocemente quaisquer anomalias que possam por em risco a saúde materna e fetal.

3.1 Avaliação do Bem-Estar Fetal

A avaliação do bem-estar fetal faz-se mediante dois procedimentos:

- Avaliação das características do foco fetal (frequência e ritmo cardíaco fetal);
- Avaliação das características do líquido amniótico.

3.1.1 Auscultação do Bem-Estar Fetal

É através da auscultação do foco com estetoscópio de Pinnard que se determina uma das características do bem-estar fetal (técnica de auscultação descrita na aula 4). Assim:

- Um foco normal varia entre 120-160 batimentos/min, sendo o valor médio de 140 batimentos/min.
- A auscultação do foco é ouvida abaixo do umbigo materno se o feto for cefálico e acima se o feto for pélvico.
- O foco fetal deve ser avaliado de 30 em 30 min, logo após as contracções.
- Durante a contracção, há uma diminuição fisiológica do foco, e após a contracção, o foco normalmente aumenta de intensidade.

- Se durante a contracção o foco descer abaixo dos valores normais durante 30 segundos, é um sinal de sofrimento fetal.
- Em caso de gravidez gemelar, deverão ser auscultados dois focos, havendo uma zona de silêncio de pelo menos 10 cm entre o primeiro e o segundo foco fetal.
- A frequência dos batimentos do 1º feto pode ser diferente da frequência do 2º.
- O foco muitas vezes apresenta-se taquicárdico (superior a 160 bat/min) quando a mãe apresenta hipertermia.
- Algumas vezes, o FCF apresenta-se baixo, que se confunde com a pulsação materna. Nesta condição, a parteira deve verificar se os focos audíveis e o pulso materno coincidem; se os sons coincidirem, estará auscultando os batimentos cardíacos maternos, e caso não encontre outro foco (correspondente ao FCF), provavelmente estará perante uma morte fetal intra-uterina; se não coincidirem estará auscultando um FCF bradicárdico, correspondente ao sofrimento fetal.

3.1.2 Características do Líquido Amniótico

Em condições normais o LA é claro e com alguns grumos de cor branca ou vernix caseoso.

Se tiver cor esverdeada (presença de mecônio) podendo ser fluido ou espesso, considera-se patológico (sinal de sofrimento fetal) e está muitas vezes associada a alteração da frequência cardíaca fetal.

Na morte fetal intra-uterina o líquido apresenta uma cor acastanhada e o cheiro pode ser fétido se houver amnionite prolongada (*Mais detalhes na descrição do partograma*).

3.2 Recomendações durante o primeiro período de trabalho de parto

- O pessoal de saúde deve prestar apoio emocional a parturiente e esclarecer eventuais dúvidas e inquietações que esta apresente. Também deve-se permitir que durante o trabalho de parto e parto, esta seja acompanhada por alguém da sua confiança (mãe, irmã, sogra, amiga, esposo, etc). A presença do esposo, só será possível se as condições de isolamento o permitirem. Estas medidas, reduzem a ansiedade da parturiente e favorecem a boa evolução do trabalho de parto.
- As parturientes devem beber bastantes líquidos, como chá açucarado e sumos e até refeições leves. Refeições sólidas são desencorajadas pois o trânsito intestinal é lento e podem constituir risco de vômitos e aspiração durante uma eventual anestesia de urgência.
- As parturientes devem caminhar e urinar frequentemente para facilitar a dinâmica uterina e evitar a retenção urinária. Quando estiverem em decúbito, deve ser o decúbito lateral para evitar os inconvenientes do decúbito dorsal (redução da perfusão placentar e do retorno venoso).
- A mulher deve ser informada sobre as posições alternativas para o parto (de cócoras,), e sempre que as condições o permitirem, esta deve escolher a posição em que pretende dar a luz.

3.3 Procedimentos durante o primeiro trabalho de parto (vide exame físico adiante)

3.3.1 Exame Vaginal

O exame vaginal é realizado a cada 4 horas, **excepto se houver hemorragia maior que o sinal de sangue (suspeita de Placenta Prévia)**, e se existirem outras contra-indicações como mãe seropositiva, bolsa rota por tempo prolongado. A atenção cuidadosa aos aspectos a seguir é

essencial a fim de se obter a maior quantidade de informações e de minimizar a contaminação bacteriana proveniente de exames repetidos.

- Líquido amniótico – se houver suspeita de ruptura das membranas, insere-se cuidadosamente um espéculo estéril, e procura-se o líquido no fórnix vaginal posterior. Qualquer líquido encontrado é observado para verificar se é transparente ou tingido de vernix caseoso (normal) ou mecónio (sofrimento fetal).
- Situação das membranas: se rotas ou intactas.
- Cérvix – são avaliados os seguintes parâmetros:
 - Amolecimento (colo mole ou duro)
 - Grau de apagamento: o grau de apagamento cervical é expresso em termos do comprimento do canal cervical em comparação com o de um cérvix não apagado. Quando o comprimento do cérvix é reduzido a metade, está 50% apagado; quando o cérvix torna-se tão fino quanto o segmento uterino inferior adjacente, está completamente apagado, isto é 100%.
 - Grau de dilatação: o grau de dilatação cervical é determinado estimando-se o diâmetro da abertura do canal cervical. O dedo (ou dedos) do examinador passa do bordo interno da cérvix de um lado até ao lado oposto, e o diâmetro atravessado é expresso em centímetros. Diz-se que o cérvix está totalmente dilatado quando o diâmetro é de 10cm, porque a parte de apresentação de um lactente a termo geralmente pode passar um cérvix dilatado a este ponto.
- Parte de apresentação – a parte do feto palpada ao exame vaginal (cabeça e suas partes, pelve ou ombro) como descrito na Aula 4.
- Estação ou Plano – o grau de descida da parte de apresentação para o canal de parto é descrito em relação às espinhas isquiáticas, que estão a meio caminho entre a entrada pélvica e a saída pélvica. Assim, quando a parte mais inferior da parte da apresentação fetal estiver ao nível das espinhas isquiáticas, diz-se que a apresentação fetal está no plano zero (0).

Existem 4 planos contados abaixo do ponto zero. À medida que a parte de apresentação fetal desce abaixo das espinhas isquiáticas, a parte da apresentação fetal passa pelos planos I, II, III e IV correspondendo a 1, 2, 3 cm até a saída. O IV plano corresponde à cabeça fetal visível no intróito vaginal. Note-se que há outras classificações de planos de descida, apresentamos aqui a mais usada em Moçambique.

Técnica de execução do toque vaginal durante trabalho de parto

- Preparação da vulva e períneo
 - A mulher é posicionada em decúbito dorsal, com as pernas elevadas na marquesa para permitir a inspecção e limpeza da vulva e períneo.
 - A desinfecção da vulva é feita de cima para baixo, e afastando-se do intróito.
 - Deve-se prestar atenção à limpeza cuidadosa das pregas vulvares.
 - Quando a compressa passa a região anal deve ser desprezada.
- Exame vaginal

O ideal após o preparo adequado das regiões vulvar e perineal é:

- O examinador deve calçar luvas estéreis.
- O polegar e o anelar de uma das mãos são usados para separar bem os lábios a fim de expor a abertura vaginal e evitar que os dedos do examinador entrem em contacto com a superfície interna dos lábios.
- Os dedos indicador e médio da outra mão são introduzidos na vagina para avaliar os parâmetros descritos acima de forma sistemática.

3.3.2 Amniotomia

A ruptura artificial da membrana amniótica, também denominada amniotomia baixa ou da bolsa anterior, é usada geralmente para induzir ou acelerar o trabalho de parto.

De forma geral, a amniotomia deve ser evitada, devendo ser realizada apenas durante o trabalho de parto com indicações clínicas específicas, com falha da progressão do trabalho de parto no primeiro estágio.

Indicações

As indicações específicas são:

- Distúrbios hipertensivos da gravidez
- Atraso do crescimento fetal
- Morte fetal
- Gravidez prolongada
- Doenças maternas graves (diabetes, doenças renais)
- Escassa quantidade de líquido amniótico (oligohidrâmnios)
- Infecção das membranas ovulares
- Descolamento prematuro da placenta

Contra-indicações:

As contra-indicações para amniotomia são:

- Miomectomia prévia
- Rotura uterina prévia, apresentação fetal distócica
- Placenta prévia
- Câncer cervical invasivo
- Cesariana anterior

Técnica de execução

- O procedimento é realizado obedecendo as normas de biossegurança, com a mulher na posição ginecológica, e após a identificação e exame da cérvix uterina e das membranas amnióticas pelo exame bidigital;
- Antes de romper as membranas, deve-se confirmar que a apresentação está encravada (requisito para amniotomia);
- Em seguida com a outra mão, introduzir um gancho para amniotomia ou pinça de kocher na vagina direcionando para a membrana amniótica;
- Proceder cuidadosamente com o rompimento das membranas e permitir que o líquido amniótico drene lentamente;

- Depois da amniotomia, analise a cor do líquido e ausculta os BCF, para descartar sofrimento fetal;
- Se o parto não ocorrer nas 18 horas seguintes, administre antibióticos profiláticos (conduta de rotura prematura de bolsa, aula 12).

Nota: Deve-se ter a precaução de evitar roturas amplas, para evitar vazamento a alta pressão do LA, e consequente prolapso do cordão umbilical. Após a amniotomia, deve-se assegurar por toque que esta complicação não ocorreu.

Complicações

As principais complicações da amniotomia são:

- Prolapso de cordão umbilical
- Compressão do cordão com aumento da frequência de desacelerações (dos BC) fetais
- Rotura de vasos sanguíneos
- Hemorragias
- Infecções ascendentes

3.4 Partograma (Bússola de trabalho de parto)

O partograma é uma representação gráfica e objectiva do trabalho de parto. Deve ser aberto aos 4cm de dilatação, altura em que se considera o início da fase activa do trabalho de parto. Tem as seguintes finalidades:

- Avaliar o progresso do trabalho de parto através da dilatação e descida da apresentação.
- Detectar um trabalho de parto arrastado quer por distócia do colo quer por hipodinâmica uterina ou ainda pela presença de uma desproporção cefalo-pélvica.
- Avaliar o bem-estar fetal através da frequência cardíaca fetal e pelo aspecto do LA.
- Acesso fácil aos dados do trabalho de parto na troca dos turnos.
- Monitorar o estado geral materno (sinais vitais e intervenções/medicações).

No partograma são registados vários parâmetros a destacar:

- Condições fetais: Frequência cardíaca fetal, situação das membranas e do L.A e moldagem do crânio fetal.
- Evolução do T.P: Dilatação do colo, descida da apresentação e contracções uterinas.
- Condição materna: pulso, tensão arterial, temperatura, urina, hemorragia vaginal, administração de medicamentos.

Os locais para o registo de cada parâmetro são indicados no ficha do partograma:

- **Frequência cardíaca fetal:**

Consiste no registo da FCF no gráfico superior do partograma, de 30 em 30 min.

- **Registo da dinâmica uterina**

Consiste no registo das contracções uterinas em cada 10 min no espaço correspondente, onde os quadrados estão numerados de 1-5. Cada quadrado representa uma contracção, pelo que a verificação de 2 contracções em 10 min, implicará o preenchimento de 2 quadrados. Os

quadrados abaixo indicam a chave para as três formas, a fim de se melhorar o registo das contracções no partograma:



Os pontos representam contracções suaves ou de duração inferior a 20 segundos



As linhas diagonais indicam contracções moderadas de duração entre 20-40 segundos



A cor cheia representa fortes contracções de duração superior a 40 segundos

- **Registo da dilatação do colo**

- O primeiro registo é feito sobre a linha de alerta respectiva (no gráfico central), no ponto de cruzamento entre as linhas horizontal e vertical. Todos os registos da dilatação são marcados com X e com a hora respectiva.
- Existe um intervalo entre a linha de alerta e a linha de acção, se o trabalho de parto decorre normalmente e de forma satisfatória, o registo da dilatação não alcança a linha de acção.
- Se atinge a linha de acção significa que o trabalho de parto está a arrastar devendo-se tomar medidas indicadas na fase activa prolongada.

A curva de Friedmann é uma curva sigmóidea de dilatação do colo, que sugere o padrão ideal de dilatação. Esta curva divide-se em 2 partes, a fase latente e a fase activa.

- **Registo da descida da apresentação**

Avalia-se ao toque vaginal. À medida que a dilatação progride num trabalho de parto normal, esta dilatação faz-se acompanhar da descida da cabeça do feto. Muitas vezes nas múltiparas esta descida inicia-se por volta dos 7cm de dilatação.

No partograma o plano de cabeça regista-se com um círculo (o).

- **Registo das características das membranas e do líquido amniótico**

O registo é efectuado por letras sendo:

- Para membrana intacta escrever letra “I”
- Para o LA claro escrever letra “C”
- Para o LA com mecónio regista-se a letra “M”
- Para o LA manchado de sangue regista-se a letra “S”
- Para o LA ausente regista-se a letra “A”

- **Moldagem do crânio fetal**

A moldagem do crânio é um sinal importante de como a cabeça se adequa à pélvis materna. Graus aumentados (a partir de ++) da moldagem do crânio fetal são claramente um sinal de desproporção cefalo-pélvica.

Registe a moldagem por baixo do estado das membranas e do LA, utilizando a seguinte chave:

- **(O)** - os ossos cranianos estão separados e as suturas são facilmente diferenciadas.
- **(+)** - Os ossos estão juntos roçando um com outro;
- **(++)** - Os ossos estão sobrepostos
- **(+++)** - Os ossos estão severamente sobrepostos

D- PARTOGRAMA ("Bússola de trabalho de parto ")

Fig 24

PARTOGRAMA

Nome _____ Grávida _____ Para _____ Hospital nº _____

Data de admissão _____ Hora de admissão _____ Membranas rotas _____ Horas _____

Frequência cardíaca fetal

Líquido Amniótico Moldagem

Colo (cm) Marque X

Descida da cabeça Marque O

Horas

Fase latente

Fase activa

Alerta

Ação

Contracções por 10 mins

Ocitocina U/L gotas/min

Medicamentos dados e Fluidos EV

Pulso

e

FA

Temp °C

Urina { proteína acetona volume

Figura 1. Partograma

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

- 4.1** As contracções do trabalho de parto verdadeiro ocorrem em intervalos progressivamente reduzidos e com aumento de intensidade, estando associadas ao desconforto nas costas e no abdómen, e à dilatação cervical.
- 4.2** A avaliação inicial da parturiente na sala de Partos inclui: avaliação de sinais vitais, estado geral, mucosas, altura uterina, manobras de Leopold, auscultação de frequência cardíaca fetal e o toque vaginal.
- 4.3** A avaliação do bem-estar fetal faz-se por dois procedimentos: 1) Avaliação das características do foco fetal (frequência e ritmo cardíacos fetais); e 2) Avaliação das características do líquido amniótico.
- 4.4** De forma geral, a amniotomia deve ser evitada, devendo ser realizada apenas durante o trabalho de parto em indicações clínicas específicas, como na falha da progressão do trabalho de parto no primeiro estágio.
- 4.5** Exame vaginal deve ser realizado sempre na admissão ao trabalho de parto excepto se houver hemorragia maior que o sinal de sangue (isto é, suspeita de Placenta Prévia). A atenção cuidadosa à técnica correcta, à assepsia e antisepsia é essencial a fim de se obter a maior quantidade de informações e minimizar a contaminação bacteriana proveniente de exames repetidos.
- 4.6** As finalidades do partograma compreendem: 1) Avaliar o progresso do trabalho; 2) Detectar um trabalho de parto arrastado; 3) Avaliar o bem-estar fetal; 4) Acesso fácil aos dados do trabalho de parto na troca dos turnos, e 5) Monitorar o estado geral materno.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva II: Obstetrícia	Nº da Aula	11
Tópico	Trabalho de Parto	Tipo	Teórica
Conteúdos	Gestão do 2º, 3º e 4º Estágios do Trabalho de Parto	Duração	3h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Enumerar os parâmetros a avaliar durante o 2º estágio do trabalho de parto, especificando a periodicidade da avaliação.
2. Descrever os cuidados de suporte ao 2º estágio do trabalho de parto (posições fisiológicas e a modalidade de respiração), incluindo o manejo de uma mulher HIV+.
3. Identificar as indicações e contra-indicações, a técnica correcta e as possíveis complicações de uma episiotomia.
4. Descrever as indicações, contra-indicações, a técnica correcta do uso de ventosas.
5. Descrever as indicações e o uso do aspirador nasal no períneo.
6. Descrever como desfazer a circular de cordão umbilical.
7. Descrever a técnica para cortar o cordão umbilical.
8. Enumerar os parâmetros (da mãe e do recém-nascido) a acompanhar durante o 3º estágio, especificando a periodicidade de avaliação.
9. Descrever o manejo activo da dequitação (indicações e a modalidade do uso de oxitocina, tracção controlada do cordão umbilical, sinais de deslocamento da placenta e exame da placenta).
10. Descrever os passos do exame do períneo e do colo uterino para detecção de lacerações.
11. Descrever os cuidados de suporte ao parto no 4º estágio, incluindo a monitoria dos sinais vitais, quantidade de urina expelida, ingestão de líquidos e alimentos, ambulação e amamentação precoce e frequente.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Conduta no 2º, 3º e 4º Estágios do Trabalho de Parto		
3	Procedimentos Durante o 2º Estágio de Trabalho de Parto		
4	Pontos-Chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Saúde Sexual e Reprodutiva II: Ginecologia
Versão 2.0

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

- Cunningham FG. Williams/Obstetrícia. 20ª Edição. Guanabara Koogan; 2000.
- Machungo F, et al. Manual de cuidados obstétricos essenciais. 1ª Edição. MISAU; 2002.
- Povey. Conduta obstétrica. 1ª Edição. MISAU; 1990.
- MISAU. Normas Nacionais de Assistência ao Parto, ao Recém-nascido e às Complicações Obstétricas e Neonatais, 1ª edição, 2011.
- MISAU-DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA COMUNIDADE, Manual de Cuidados Obstétricos Essenciais, Maputo, 2002.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: CONDUTA NO 2º, 3º E 4º ESTÁGIOS DO TRABALHO DE PARTO (PERÍODO EXPULSIVO, DEQUITADURA E PUERPÉRIO IMEDIATO)

O período expulsivo inicia quando se atinge o grau máximo (10 cm) de dilatação cervical e quando estão reunidas outras condições como apagamento do colo, descida da apresentação, rotura das membranas. Caso ainda não tenha havido rotura espontânea das membranas, ela deverá ser efectuada.

A grávida começa a apresentar movimentos expulsivos involuntários e reentrantes. Observa-se o abaulamento da rima vulvar pelo pólo cefálico fetal e a paciente, muitas vezes, encontra-se impaciente e ansiosa. É observado, ainda, o desejo de defecar devido à compressão da ampola rectal.

2.1 Conduta no Período Expulsivo

Quando a dilatação está completa, a parturiente nunca deve ficar só, pois a expulsão do feto pode ocorrer em qualquer momento. O encorajamento e o apoio são particularmente importantes neste período e a parturiente deve ser imediatamente preparada para o parto.

Assistência ao parto

- O assistente do parto deve estar devidamente equipado com EPIs (bata, avental, gorro, óculos, luvas estéreis, sapatos fechados impermeáveis)
- Colocar a parturiente em decúbito dorsal e pernas flectidas, de modo a que ela possa “empurrar” (fazer força) contra o colchão. *Embora não seja prática comum no nosso meio, actualmente outras posições (cócoras, agachada) mais confortáveis para a mulher e com melhores condições para a expulsão podem ser indicadas.*
- A assépsia deve ser feita com savlon ou outro anti-séptico nas coxas, região vulvar, períneo e abdómen.
- O foco deve ser auscultado entre as contracções.
- A parturiente deve ser orientada a encher os pulmões, bloquear a glote e a “empurrar” (fazer força) para baixo com seus músculos abdominais, exactamente como ao defecar, em simultâneo com as contracções. Este esforço deve ser contínuo durante os 30 a 60 segundos que a contracção durar. A parturiente pode necessitar de expirar e inspirar uma ou duas vezes durante a contracção.
- À medida que a cabeça desce através da pélvis, fezes poderão ser expelidas pelo ânus, sendo que logo que apareçam devem ser retiradas para baixo, para longe da vagina, com grandes compressas embebidas em solução com anti-séptico ou de sabão diluído.
- No intervalo entre as contracções, que dura um a três minutos, a parturiente deve ficar deitada de lado ou ficar de cócoras, permitindo que o feto e ela respirem, descansem e recuperem do esforço combinado da contracção uterina, interrupção da respiração e considerável esforço físico.



Fonte: BabyCenter, http://community.babycenter.com/post/a21168613/what_is_your_favorite_birth_position

Figura 1: Posição de litotomia com pernas em porta-pernas.



Fonte: Moondragon

Figura 2: Posição de côcoras.

- Particularidades para a posição de litotomia:
 - Ao colocar as pernas nos porta-pernas, deve-se ter o cuidado para não separá-las demais, pois isso produzirá forças de tracção sobre o períneo que poderiam facilmente resultar na extensão de uma laceração espontânea ou numa episiotomia para uma laceração de quarto grau (*descritos adiante*).
 - A região poplíteia deve apoiar-se confortavelmente no suporte proximal e o calcanhar na porção distal de apoio para as pernas.
 - As pernas não devem ser amarradas aos estribos.
 - Pode haver câibras nas pernas, devido à compressão dos nervos na pélvis pela cabeça fetal. Essas câibras podem ser aliviadas modificando-se a posição da perna ou por breve massagem, mas nunca devem ser ignoradas.

Desprendimento da cabeça

- Em cada contracção, o períneo salienta-se cada vez mais e a abertura vulvovaginal torna-se mais dilatada pela cabeça fetal, gradualmente formando uma abertura ovóide e finalmente uma abertura quase circular. O circundamento do maior diâmetro da cabeça pelo anel vulvar é conhecido como coroamento.

- A expulsão deve ser gradual. A parteira deverá com uma mão apoiar a cabeça e com a outra proteger o períneo com uma contra-força somente o suficiente para evitar a saturação da elasticidade dos tecidos moles, e prevenir qualquer rasgadura.
- Caso o período expulsivo esteja a ser prolongado, a parturiente deverá ser novamente avaliada para confirmar se a dilatação está realmente completa e se a apresentação está suficientemente descida. Caso hajam irregularidades, o parto por cesárea é a alternativa mais segura onde há possibilidades.
- Deve-se manter a mão sobre o vértex à medida que a cabeça sai para evitar a expulsão rápida que aumenta o risco de lesão intracraniana (particularmente nos bebés com baixo peso ao nascer) e da laceração do períneo.

Procurar e libertar uma circular do cordão

- Após a expulsão da cabeça, deve-se passar o dedo pelo pescoço do feto para verificar se é circundado por uma ou mais voltas do cordão umbilical. Se for percebida uma volta de cordão umbilical, esta deve ser levada para baixo entre os dedos, e se estiver suficientemente frouxa, deve ser deslizada sobre a cabeça do lactente. Se estiver muito apertada/tensa para ser deslizada sobre a cabeça, é seccionada entre dois clampes (descrito em baixo), e o latente desprendido imediatamente.



Fonte: <http://www.drnomma.org/2009/12/perineal-massage-support.html>

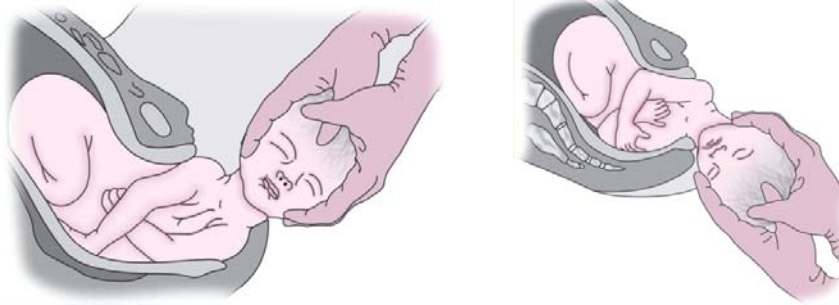
Figura 3: Protecção do períneo durante coroamento.

Aspiração das vias respiratórias

A aspiração das vias aéreas só deve ser feita aos recém nascidos com asfixia peri-natal , pois este procedimento induz lesões da mucosa que servem de porta de entrada para infecções como HIV, Hepatite B. Nos recém nascidos com indicação: após a limpeza da face, as narinas e a boca são aspiradas por meio de um aspirador eléctrico (com a pressão de sucção adequada para esse fim) ou de uma pêra de borracha. Tentar sempre minimizar o trauma das mucosas bucal e nasal do bebé ao executar este acto.

Desprendimento dos ombros

Para libertar o ombro anterior, pega-se na cabeça fetal com as mãos e aplica-se uma tracção suave em direcção ao sacro materno. Para libertar o ombro posterior aplica-se uma tracção suave em direcção à sínfise.



Fonte: http://womanhealthsimplified.com/Childbirth_and_labor.html

Figura 4: Manobra para libertação dos ombros.

Libertação do tronco e porção distal do corpo

Deixar a mãe expulsar o tronco e a porção distal do corpo lentamente, com o apoio da força de gravidade.

Clampeamento e secção do cordão

Logo após o nascimento o recém nascido deve ser colocado ao mesmo nível do plano materno e o cordão deve ser cortado. Para tal, coloque um clampe no cordão umbilical (ou fita de nastro) a 4 ou a 5 cm do abdómen fetal e posteriormente outro a 2 ou a 3 cm do abdómen fetal. O cordão umbilical é seccionado entre dois clampes colocados.

Cuidados com o recém-nascido

Imediatamente após o nascimento deve-se:

- Enxugar (Limpar) o bebé com uma toalha e cobri-lo para evitar perda de calor. Também é importante porque a fricção dos panos usados para enxugar na pele o bebé estimula o sistema nervoso deste que consequentemente desencadeia movimentos respiratórios (choro).
- Aspirar de novo as vias respiratórias se necessário, de salientar que a aspiração rotineira dos recém-nascidos está contra-indicada, devido ao risco aumentado de transmissão vertical de infecções como hepatite B e HIV, através das lesões resultantes deste procedimento.
- Laquear o cordão umbilical. Salvo se houver asfixia que necessite de reanimação, a laqueação do cordão só será feita depois de deixar o bebé respirar um a dois minutos. Isto permite que as alterações necessárias do sistema cardio-respiratório fetal se processem gradualmente e fisiologicamente.
- Não inverter o recém-nascido de cabeça para baixo pegando pelos pés, isso pode causar hemorragia intracraniana.
- Identificar e pesar o recém-nascido e coloca-lo junto a mãe para que se mantenha aquecido.
- Logo que possível iniciar com a amamentação pois esta ajuda nas contracções uterinas para a libertação da placenta. Nas mulheres seropositivas certificar-se de que foram aconselhadas sobre a alimentação da criança e se a mãe optou pelo aleitamento materno.

Outros cuidados com o RN são descritos na disciplina de pediatria.

- Após a expulsão do feto e depois de se confirmar que não há outro bebé, administrar oxitocina 10 UI IM ou EV lento logo no 1º minuto. Caso não haja oxitocina, optar por

misoprostol (comp. de 200 mcgs), 3 C via oral ingeridos com um copo de água, ou metilergometrina (0,2 mg) IM.

Nota: a metilergometrina está contra-indicada nas parturientes com pré-eclâmpsia, eclâmpsia, HTA ou problemas cardiovasculares, porque eleva a tensão arterial.

2.2 Conduta na Dequitação (3º estágio do Trabalho de Parto)

- Logo após a assistência ao recém-nascido, deve-se efectuar a expulsão da placenta, mediante os sinais indicativos do desprendimento (útero torna-se duro, globoso e pequeno no abdómen, cordão umbilical desce 5 a 10 cm, eliminação do coágulo de sangue, placenta no canal de parto ao exame vaginal).
- Quando estes sinais estiverem presentes, deve-se solicitar a colaboração da mãe para fazer força, de modo a ajudar a expulsão da placenta do canal de Parto. Com as duas mãos o clínico deverá segurar a placenta. A medida que esta vai sendo expulsa, vai torcendo gradualmente sem fazer força, deixando-a sair lentamente para evitar retenção das membranas.
- Para ajudar o processo e prevenir a hemorragia pós-parto, exercer tracção ligeira e controlada no cordão umbilical e contra-tracção simultânea uterina.
- Após a expulsão da placenta iniciar massagem uterina. **Não se deve massajar o útero antes do desprendimento placentar, pois pode-se provocar uma contracção prolongada que resulte em retenção placentar.**

2.3 Conduta no Puerpério imediato (4º estágio do Trabalho de Parto)

A conduta no puerpério será descrita na aula 19, abaixo enfoca-se na conduta a ter no puerpério imediato (corresponde à primeira hora após a expulsão do feto e placenta).

- Neste período a mulher deve ser observada para identificar precocemente eventuais complicações que possam surgir (mais detalhes na aula 20).
- Logo após a saída da placenta, esta deve ser cuidadosamente examinada para verificar se não faltam pedaços, pois a presença de restos placentários no útero, pode levar à atonia uterina, hemorragia e favorecer infecções.
- Caso se suspeite de presença de restos placentários, deve-se fazer a revisão do canal vaginal, colo e fundo uterino, da seguinte forma:
 - Calçar luvas estéreis de cano alto (até ao cotovelo);
 - Introduzir a mão enluvada pela vagina e pelo orifício cervical, em direcção ao fundo uterino. Usando movimentos delicados, o clínico deve palpar toda superfície interna do útero, procurando remover os restos placentares remanescentes, caso estejam presentes. Deve também localizar prováveis soluções de continuidade (rotura uterina) que possam ter ocorrido ao nível uterino e principalmente do segmento inferior deste.
 - A revisão do colo é feita, através da observação directa do colo uterino. Utilizando o espéculo, expõe-se o colo com uma mão, enquanto a outra mão segura as pinças longas de *De Lee*; prende-se os lábios cervicais (12 e 6 horas) e progressivamente examina-se toda sua circunferência. A observação visa descartar lacerações ou pontos sangrantes para os suturar.
 - A revisão da vagina, faz-se por observação usando o espéculo e depois por palpação buscando lacerações, soluções de continuidade ou sangramentos.

A conduta no puerpério será complementada na aula 19.

BLOCO 3: PROCEDIMENTOS DURANTE O 2º ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO

Durante o período expulsivo do trabalho de parto, alguns procedimentos devem ser realizados para a resolução de problemas relacionados com o atraso ou arrastamento deste período. Assim, destacam-se neste bloco 2 procedimentos:

- Episiotomia
- Uso da Ventosa

3.1 Episiotomia

3.1.1. Definição

É a incisão cirúrgica da região pudenda ou do períneo, partindo da comissura posterior da vulva em direção ao o esfíncter anal, para aumentar o orifício da vulva durante a expulsão do feto.

3.1.2. Objectivos

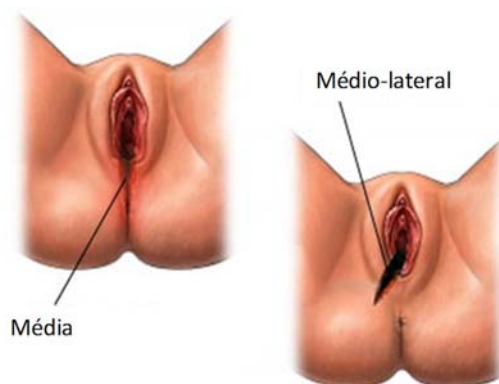
- Prevenir as lacerações perineais descontroladas (a episiotomia é feita de forma controlada, e é mais fácil de corrigir);
- Diminuir as complicações futuras pós-partos mal assistido como: Cistocelos, rectocelos e prolapsos uterinos.

3.1.3. Indicações

- Trabalho de parto arrastado por obstrução do períneo;
- Baixo peso, com vista a diminuir a compressão do crânio fetal que é pequeno e frágil;
- Sofrimento fetal para encurtar o período expulsivo;
- Parto pélvico, para facilitar a saída da cabeça última;
- Parto instrumental: ventosa, fórceps; craniotomia;
- Exaustão materna.

3.1.4. Técnica da episiotomia

A episiotomia pode ser média ou médio-lateral. Na maioria das vezes prefere-se a episiotomia médio-lateral, pois esta pode ser profunda com o mínimo de lesão do esfíncter anal. A incisão envolve três estruturas: a mucosa vaginal, pele; músculos perineais.



Fonte: <http://wonderfullymadebelliesandbabies.blogspot.com/2011/02/would-you-rather.html>

Figura 5: Tipos de incisão de episiotomia.

No parto cefálico, a episiotomia deve ser efectuada quando durante uma contracção se visualiza 3 a 4 cm da cabeça fetal, isto é, quando a cabeça distende o períneo, de modo a diminuir a perda sanguínea.

No parto pélvico e instrumental, deve efectuar-se antes da distensão, controlando-se a hemorragia por pressão directa com uma compressa.

Deve-se efectuar anestesia local com 10 a 20ml de lidocaína a 0.5% fazendo-se uma infiltração submucosa, subcutânea e profunda nos músculos perineais, 3 a 5 minutos antes da incisão. A seguir uma incisão oblíqua (pósterio-lateral) ou mediana cortando a pele, mucosa e músculos em 4-6 cm deve ser realizada.

Após a expulsão do feto e da placenta, faz-se encerramento da ferida por planos com catgut crómico 2-0 ou 3-0 ou fio absorvível equivalente que tiver disponível:

- Aproxima-se o músculo perineal com pontos separados ou contínuos, evitando espaços mortos onde se possam formar hematomas.
- Sutura-se a mucosa vaginal, com sutura contínua.
- Sutura-se a pele com pontos separados.

Deve-se evitar:

- Episiotomia precoce para evitar hemorragia considerável da ferida aberta;
- Episiotomia tardia, porque a distensão excessiva do períneo causa também distensão excessiva dos músculos do períneo, prejudicando deste modo um dos objectivos da episiotomia;
- Deve-se evitar o prolongamento da incisão através do esfíncter anal.

3.1.5. Complicações

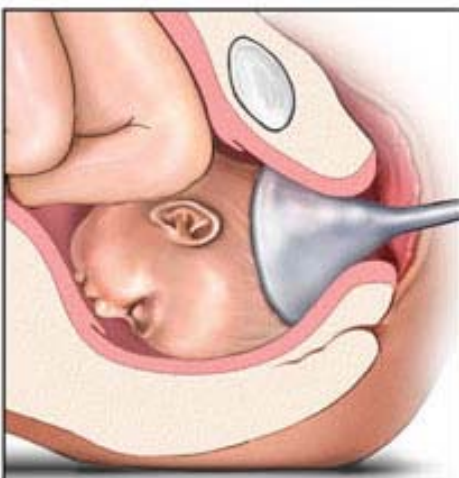
- Prolongamento da incisão através do esfíncter anal.
- Dor: é uma queixa frequente pós-episiotomia, e quando intensa deve ser cuidadosamente avaliada, para excluir presença de hematomas e infecções. Tratamento: paracetamol (500 mg) 1 a 2 cps de 8/8h e aplicar gelo ou água fria no local.
- Hematoma. Tratamento: abre-se os pontos e drena-se. Raramente requer suturar novamente.
- Hemorragia. Tratamento: sutura de pontos frágeis.
- Infecção. Tratamento: Abrir e drenar; fazer lavagem vagino-perineal diária com solução antisséptica (savlon ou outro antisséptico); e Amoxicilina 500 mg a 1g 8/8h durante 7 dias.
- Deiscência de sutura. Raramente ocorre se a técnica for correctamente efectuada, o tratamento consiste na ressutura.
- Nas mulheres seropositivas, a episiotomia acarreta maior risco de TV do HIV e de contaminação do pessoal de saúde, pelo que deve ser evitada.

3.2 Ventosa

3.2.1. Mecanismo de acção

A ventosa é usada para assistir a partos em que as mães precisam de ajuda expulsiva no trabalho de parto, evitando um trabalho de parto prolongado.

Um aspirador transmite o vácuo contínuo (aspiração) para dentro do copo da ventosa, que assim faz uma sucção sobre a pele do crânio fetal, puxando-o para dentro do copo do aspirador. O copo de sucção aspira ou prende-se adequadamente ao couro cabeludo sem ferir o osso do crânio fetal. A parteira usa a ventosa para direccionar a cabeça do bebé (orientando segundo os últimos movimentos cardinais) enquanto a mãe faz o esforço expulsivo.



Fonte: <http://www.aorana.com/info/embarazo/parto-vaginal-asistido-con-ventosa/>

Figura 6. Assistência com ventosa

3.2.2. Condições para o uso

Quando decidir-se que a mulher deve ser ajudada pelo uso da ventosa, segundo os critérios abaixo, a parteira deve fazer o exame abdominal e vaginal cuidadoso que deve incluir:

- Bebê termo (crescimento fetal completo > 37 semanas);
- Apresentação de vértice (cefálica);
- Rotura das membranas;
- Ausência de desproporção cefalo-pélvica:
 - Ausência da moldagem craniana fetal;
 - Ausência de *caput succedaneum* (aumento do volume do crânio fetal, causada pela infiltração do sangue no tecido do couro cabeludo);
 - O plano de apresentação deve ser o III plano ao exame vaginal .
- O bebê está vivo ou teve paragem cardíaca durante o trabalho de parto;
- Presença de contracções;
- Dilatação completa do cérvix.

3.2.3. Indicações

A parteira deve continuar a monitorar a mãe e o bebê durante o segundo período do trabalho de parto. As seguintes situações devem implicar o uso de ventosas:

- 2º Estágio do parto quando o esforço expulsivo activo não tem progresso por 30 minutos em primíparas, ou 20 minutos em múltiparas.

- Sofrimento fetal agudo no 2º estágio do trabalho de parto. O bebé está vivo ou com paragem cardíaca recente (durante o trabalho de parto).
- Outras indicações são:
 - Sofrimento materno, anemia severa, problemas cardíacos, hipertensão (toxémia), diabetes, asma, malnutrição ou tuberculose;
 - Pélvis pequena ou rigidez do períneo;
 - Encaixamento da cabeça fetal transversal;
 - Desproporção devido a extensão da cabeça.

3.2.4. Contra-indicações

Não fazer ventosa nas seguintes situações:

- Ausência de contracções;
- Desproporção céfalo-pélvica/ desproporção fetal (feto grande);
- Moldagem fetal +2 ou mais;
- *Caput succedaneum* grande;
- Apresentação não cefálica;
- Dilatação incompleta do cérvix;
- Gravidez pré-termo (IG <37semanas);
- Apresentação não encravada;
- Desacoplamento da ventosa, 3 vezes e falha das tentativas depois de 15 minutos ou 5 contracções.

3.2.5. Técnica

- Explicar a mãe o motivo da aplicação da ventosa e como vai ser usada.
- Fazer uma boa episiotomia com anestesia local.
- Solicitar que a parturiente urine ou se não for capaz algaliar para evitar que a bexiga cheia seja um obstáculo à saída do feto.
- Montar a ventosa e testá-la na mão para confirmar que funciona devidamente.
- Limpar bem cabeça do feto com um pano seco e limpo. Selecione o maior copo que tiver.
- Aplicar o copo da ventosa, verificar como está aplicado e depois ligar o vácuo com pressão de 100mmHg (em vários locais do país o vácuo é por bomba manual/pedestral).
- Após a contracção, verificar de novo se a aplicação está correcta, tendo certeza que não há qualquer tecido materno entre a cabeça do feto e o copo da ventosa.
- Quando a contracção seguinte estiver começando, aumentar a pressão para 400 mmHg (não deve exceder 600 mmHg).
- Controlar novamente a aplicação do copo da ventosa (região biparietal da cabeça do feto).
- Sempre que ocorrer uma contracção:
 - Encorajar a mãe nos esforços expulsivos;
 - Aplicar tracção à ventosa (pressão 400 mmHg) de forma perpendicular à superfície do copo;

- Puxar para baixo em direcção aos joelhos até que o vértice (cefálico) passe a sínfise púbica. Repetir este procedimento até que o vértice da cabeça passe pela sínfise púbica, geralmente 2 a 3 vezes são suficientes, com progresso a cada contracção.
- Entre as contracções:
 - Reduzir a pressão da ventosa para 100 mmHG;
 - Aconselhar a mãe a descansar e a respirar profundamente;
 - Verificar a frequência cardíaca fetal;
 - Controlar a aplicação do copo da ventosa.

Insucesso:

Considera-se que a prova de ventosa falhou quando:

- O copo da ventosa se solta por duas vezes;
- O feto não desce após 30 minutos de aplicação.

Neste caso deverá efectuar-se uma cesariana urgente.

3.2.6. Complicações

Estas são geralmente resultantes da não observância das pré-condições do uso do instrumento como aplicar a ventosa sem a dilatação estar completa, ou sem encaixamento da cabeça fetal, por má aplicação da ventosa ou por continuar com a extracção por ventosa para além do limite de tempo estabelecido, a saber:

- Lacerações do colo e da vagina;
- Abrasão do couro cabeludo (que não é perigoso), laceração (devido aplicação prolongada) e necrose (extremamente raro);
- Cefalohematoma (aumento do volume do crânio fetal por hemorragia sub-perióstea);
- Trauma intra-craniano em bebés prematuros.

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

- 4.1** O período expulsivo inicia-se quando se atinge o grau máximo de dilatação cervical. Deve-se durante este período acompanhar sempre a parturiente e prepará-la imediatamente para o parto.
- 4.2** Durante a expulsão deve-se manter a mão sobre o vértex à medida que a cabeça sai para evitar a expulsão rápida e a laceração do períneo.
- 4.3** Para minimizar a probabilidade de aspiração de líquido amniótico e sangue, a face é rapidamente limpa e quando há critérios, as narinas e a boca são aspiradas por meio de um aspirador eléctrico ou de uma pêra de borracha.
- 4.4** Para diagnosticar a circular do cordão deve-se, após o desprendimento da cabeça, passar o dedo pelo pescoço do feto para determinar se é circundado por uma ou mais voltas do cordão umbilical e libertá-las.
- 4.5** A episiotomia e o uso da ventosa são procedimentos usados para assistir aos partos em situações bem específicas, evitando um trabalho de parto prolongado, mas trazem consigo riscos/complicações que devem ser considerados, por isso devem ser realizadas apenas quando estão presentes os critérios exigidos.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva II: Ginecologia	Nº da Aula	12
Tópico	Trabalho de Parto	Tipo	Laboratório
Conteúdos	Gestão do 2º, 3º e 4º Estágios do Trabalho de Parto	Duração	4h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes, utilizando o manequim, de:

1. Preencher um partograma, incluindo a curva de Friedman, com base num caso clínico apresentado.
2. Demonstrar como assistir a um parto normal.
3. Demonstrar as manobras e procedimentos a realizar durante um parto vaginal:
 - a. Demonstrar as posições correctas para o apoio perineal.
 - b. Gerir a circular do cordão no períneo.
 - c. Cortar o cordão umbilical.
 - d. Realizar a manobra de emergência para gerir uma distócia de ombro.
 - e. Usar o aspirador nasal no períneo.
 - f. Revisão do canal de parto até ao fundo uterino, após a dequitação.
4. Demonstrar como prestar os primeiros cuidados ao recém-nascido.
5. Preencher uma guia de transferência, de um caso de trabalho de parto complicado.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Duração
1	Introdução à Aula	5 min
2	Introdução à Técnica (Revisão)	40 min
3	Demonstração das Técnicas pelo Docente	55 min
4	Prática das Técnicas pelos Alunos	140 min

Material e Equipamentos:

- Partogramas: 4 por grupo (para serem preenchidos aos pares)
- Manequim especializado para práticas de obstetrícia: 2
- EPI: um kit completo para demonstração
- Kit de parto completo: 2
- Marquesa, com respectivos lençóis: 2
- Fita de nastro para laqueação do cordão
- Berço para recém-nascido: 2
- Baldes para segregação do lixo (lixo comum, infeccioso e anatómico): 1 de cada
- Aspirador de secreções eléctrico ou manual: 1 a 2
- Fetoscópio: 2
- Aquecedor: 1
- Balança de prato: 1
- Cartões de identificação do RN
- Campos para limpar e cobrir o recém-nascido: 1 por grupo
- Bloco de registo e caneta

Preparação:

- Preparação das estações onde irão decorrer as demonstrações.
- Coordenação com os docentes da disciplina para o leccionamento da aula. O ideal seria que cada grupo tivesse um docente para acompanhar.
- Garantir que o conteúdo das aulas 9 e 10 tenha sido leccionado e compreendido

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

(5 min)

1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.

1.2. Apresentação da estrutura da aula.

1.3. Apresentação dos equipamentos e materiais

BLOCO 2: INTRODUÇÃO À TÉCNICA (REVISÃO)

(40 min)

2.1 Preenchimento do Partograma (10 min)

As finalidades do partograma compreendem:

- 1º - Avaliar o progresso do trabalho de parto através da dilatação e descida de apresentação.
- 2º - Detectar um trabalho de parto arrastado quer por distócia do colo quer por hipodinâmica uterina ou ainda pela presença de uma desproporção cefalo-pélvica.
- 3º - Avaliar o bem-estar fetal através da frequência cardíaca fetal e pelo aspecto do LA.
- 4º - Acesso fácil aos dados do trabalho de parto na troca dos turnos.
- 5º - Avaliação do estado geral materno

O partograma deve ser aberto aos 4cm de dilatação, altura em que considera o início da fase activa do trabalho de parto.

No partograma são registados vários parâmetros a destacar:

2.1.1 Frequência cardíaca fetal:

- Para determinação do bem-estar fetal, em que o normal varia de 120-160 bpm
- Registo no gráfico superior do partograma
- Auscultação feita através do estetoscópio de Pinnard
- Avaliação do foco de 30 em 30 min, sendo que durante a contracção há uma diminuição fisiológica do foco
- Se durante a contracção o foco descer abaixo dos valores normais durante 30 segundos, é um sinal de sofrimento fetal.

2.1.2 Registo da dinâmica uterina

O progresso do trabalho de parto depende da existência de boas contracções uterinas

- Registo das contracções uterinas ocorridas em 10min no espaço correspondente, onde os quadrados estão numerados de 1-5. Cada quadrado representa uma contracção, pelo que a verificação de 2 contracções em 10 min, implicará o preenchimento de 2 quadrados. Os quadrados abaixo indicam a chave para as três formas de se melhorar o registo das contracções no partograma:



Os pontos representam contracções suaves ou de duração inferior a 20 segundos



As linhas diagonais indicam contracções moderadas de duração entre 20-40 segundos



A cor cheia representa fortes contracções de duração superior a 40 segundos

2.1.3 Registo da dilatação do colo

- O primeiro registo é feito sobre a linha de alerta respectiva (no gráfico central), no ponto de cruzamento entre as linhas horizontal e vertical. Todos os registos da dilatação são marcados com X e com a hora respectiva.

- Existe um intervalo entre a linha de alerta e a linha de acção, se o trabalho de parto decorre normalmente e de forma satisfatória, o registo da dilatação não alcança a linha de acção.
- Se atinge a linha de acção significa que o trabalho de parto está a arrastar devendo-se tomar medidas indicadas na fase activa prolongada.
- A curva de Friedmann é uma curva sigmóidea de dilatação do colo, que sugere o padrão ideal de dilatação. Esta dividida em 2 partes, a fase latente e a fase activa (fases descritas no primeiro estágio do trabalho de parto).

2.1.4 Registo da descida da apresentação

Avalia-se ao toque vaginal. À medida que a dilatação progride num trabalho de parto normal, esta dilatação faz-se acompanhar da descida da cabeça do feto. Muitas vezes nas múltiparas esta descida inicia-se por volta dos 7cm de dilatação.

No partograma o plano de descida da cabeça regista-se com um círculo (○).

2.1.5 Registo das características do líquido amniótico

O registo é efectuado por letras sendo:

- Para a membrana intacta escrever letra “I”
- Para o LA claro escrever letra “C”
- Para o LA com mecónio regista-se a letra “M”
- Para o LA tingido de sangue regista-se a letra “S”
- Para o LA ausente regista-se a letra “A”

2.1.6 Moldagem do crânio fetal

A moldagem crânio é um sinal importante de como a cabeça se adequa a bacia. O aumento da moldagem do crânio fetal é claramente um sinal de desproporção cefalo-pélvica.

Registe a moldagem por baixo do estado das membranas e do LA, utilizando a seguinte chave:

- **O** - os ossos cranianos estão separados e as suturas são facilmente diferenciadas;
- **+** - Os ossos estão juntos roçando um ao outro;
- **++** - Os ossos estão sobrepostos;
- **+++** - Os ossos estão severamente sobrepostos.

2.2 Gestão do 2º, 3º e 4º Estágios do Trabalho de Parto Normal (20 min)

Abaixo descritos os passos para se assistir a um parto normal:

Assistência ao parto

- O assistente do parto deve estar devidamente equipado com EPIs (bata, avental, gorro, óculos, luvas estéreis, sapatos fechados impermeáveis)
- Colocar a parturiente em decúbito dorsal e pernas flectidas (ou nas posições alternativas), de modo a que ela possa “empurrar” (fazer força) contra o colchão.
- A assepsia deve ser feita com savlon ou outro anti-séptico nas coxas, região vulvar, períneo e abdómen.
- O foco deve ser auscultado entre as contracções.

- A parturiente deve ser orientada a encher os pulmões, bloquear a glote e a “empurrar” (fazer força) para baixo com seus músculos abdominais, exactamente como ao defecar, em simultâneo com as contracções.
- Caso haja eliminação de fezes, limpar (no sentido contrário ao da vagina) com grandes compressas embebidas em solução com anti-séptico ou de sabão diluído.
- No intervalo entre as contracções, a parturiente deve ficar deitada de lado ou ficar de cócoras, permitindo que o feto e ela respirem, descansem e recuperem do esforço combinado da contracção uterina, interrupção da respiração e considerável esforço físico.
- Particularidades para a posição de litotomia:
 - Ao colocar as pernas nos porta-pernas, deve-se ter o cuidado para não separá-las demais, pois isso produzirá forças de tracção sobre o períneo que poderiam facilmente resultar na extensão de uma laceração espontânea ou numa episiotomia para uma laceração de quarto grau (*descritos adiante*).
 - A região poplíteia deve apoiar-se confortavelmente na suporte proximal e o calcanhar na porção distal de apoio para as pernas.
 - As pernas não devem ser amarradas aos estribos.
 - Pode haver câibras nas pernas, devido à compressão dos nervos na pélvis pela cabeça fetal. Essas câibras podem ser aliviadas modificando-se a posição da perna ou por breve massagem, mas nunca devem ser ignoradas.

Desprendimento da cabeça

- Em cada contracção, o períneo salienta-se cada vez mais e a abertura vulvovaginal torna-se mais dilatada pela cabeça fetal.
- A expulsão deve ser gradual. A parteira deverá com uma mão apoiar a cabeça e com a outra proteger o períneo com uma contra-força somente o suficiente para evitar a saturação da elasticidade dos tecidos moles, e prevenir qualquer rasgadura.
- Caso o período expulsivo esteja a ser prolongado, a parturiente deverá ser novamente avaliada para confirmar se a dilatação está realmente completa e se a apresentação está suficientemente descida. Caso hajam irregularidades, o parto por cesárea é a alternativa mais segura onde há possibilidades.
- Deve-se manter a mão sobre o vértex à medida que a cabeça sai para evitar a expulsão rápida que aumenta o risco de lesão intracraniana (particularmente nos bebés com baixo peso ao nascer) e da laceração do períneo.

Procurar e libertar uma circular do cordão

Após a expulsão da cabeça, deve-se passar o dedo pelo pescoço do feto para verificar se é circundado por uma ou mais voltas do cordão umbilical. Se for percebida uma volta de cordão umbilical, esta deve ser levada para baixo entre os dedos, e se estiver suficientemente frouxa, deve ser deslizada sobre a cabeça do lactente. Se estiver muito apertada/tensa para ser deslizada sobre a cabeça, é seccionada entre dois clampes (descrito em baixo), e o latente desprendido imediatamente.

Aspiração das vias respiratórias

A aspiração das vias aéreas só deve ser feita aos recém-nascidos com asfixia peri-natal, após a limpeza da face, as narinas e a boca são aspiradas por meio de um aspirador eléctrico ou de uma pêra de borracha. Tentar sempre minimizar o trauma das mucosas bucal e nasal do bebé ao executar este acto.

Desprendimento dos ombros

Para libertar o ombro anterior, pega-se na cabeça fetal com as mãos e aplica-se uma tracção suave em direcção ao sacro materno. Para libertar o ombro posterior aplica-se uma tracção suave em direcção à sínfise.

Libertação do tronco e porção distal do corpo

Deixar a mãe expulsar o tronco e a porção distal do corpo lentamente, com o apoio da força de gravidade.

Clampeamento e secção do cordão

Logo após o nascimento o recém-nascido deve ser colocado ao mesmo nível do plano materno e o cordão deve ser cortado. Para tal, coloque um clampe no cordão umbilical (ou fita de nastro) a 4 ou a 5 cm do abdómen fetal e posteriormente outro a 2 ou a 3 cm do abdómen fetal. O cordão umbilical é seccionado entre dois clampes colocados.

Após a expulsão do feto e depois de se confirmar que não há outro bebé, administrar oxitocina 5 a 10 UI IM EV lento logo no 1º minuto. Caso não haja oxitocina, optar por misoprostol (comp. de 200 mcgs), 3 C via oral ingeridos com um copo de água, ou metilergometrina (0,2 mg) IM.

Nota: a metilergometrina está contra-indicada nas parturientes com pré-eclâmpsia, eclâmpsia, HTA ou problemas cardiovasculares, porque eleva a tensão arterial.

Cuidados com o recém-nascido

Imediatamente após o nascimento deve-se:

- Enxugar (Limpar) o bebé com uma toalha e cobri-lo para evitar perda de calor.
- Aspirar de novo as vias respiratórias se necessário.
- Laquear o cordão umbilical.
- Não inverter o recém-nascido de cabeça para baixo pegando pelos pés, isso pode causar hemorragia intracraniana.
- Identificar e pesar o recém-nascido e coloca-lo junto a mãe para que se mantenha aquecido.
- Logo que possível iniciar com a amamentação pois esta ajuda nas contracções uterinas para a libertação da placenta. Nas mulheres seropositivas certificar-se de que foram aconselhadas sobre a alimentação da criança e se a mãe optou pelo aleitamento materno.

Conduta na Dequitação (expulsão da placenta)

- Logo após a assistência ao recém-nascido, deve-se efectuar a expulsão da placenta, mediante os sinais indicativos do desprendimento (útero torna-se duro, globoso e pequeno no abdómen, cordão umbilical desce 5 a 10 cm, eliminação do coágulo de sangue, placenta no canal de parto ao exame vaginal).
- Quando estes sinais estiverem presentes, deve-se solicitar a colaboração da mãe para fazer força, de modo a ajudar a expulsão da placenta do canal de Parto. Com as duas mãos o clínico deverá segurar a placenta. A medida que esta vai sendo expulsa, vai torcendo gradualmente sem fazer força, deixando-a sair lentamente para evitar retenção das membranas.
- Para ajudar o processo e prevenir a hemorragia pós-parto, exercer tracção ligeira e controlada no cordão umbilical e contra-tracção simultânea uterina.

- Após a expulsão da placenta iniciar massagem uterina. **Não se deve massajar o útero antes do desprendimento placentar, pois pode-se provocar uma contracção prolongada que resulte em retenção placentar.**

Conduta no Puerpério imediato (1ª hora após o parto)

- Neste período a mulher deve ser observada para identificar precocemente eventuais complicações que possam surgir.
- Logo após a saída da placenta, esta deve ser cuidadosamente examinada para verificar se não faltam pedaços, pois a presença de restos placentários no útero pode levar à atonia uterina, hemorragia e favorecer infecções.
- Caso se suspeite de presença de restos placentários, deve-se fazer a revisão do canal vaginal, colo e fundo uterino, da seguinte forma:
 - Calçar luvas estéreis de cano alto (até ao cotovelo);
 - Introduzir a mão enluvada pela vagina e pelo orifício cervical, em direcção ao fundo uterino. Usando movimentos delicados, o clínico deve palpar toda superfície interna do útero, procurando remover os restos placentares remanescentes, caso estejam presentes. Deve também localizar prováveis soluções de continuidade (rotura uterina) que possam ter ocorrido ao nível uterino e principalmente do segmento inferior deste.
 - A revisão do colo é feita, através da observação directa do colo uterino. Utilizando o espéculo, expõe-se o colo com uma mão, enquanto a outra mão segura as pinças longas de *De Lee*; prende-se os lábios cervicais (12 e 6 horas) e progressivamente examina-se toda sua circunferência. A observação visa descartar lacerações ou pontos sangrantes para os suturar.
 - A revisão da vagina, faz-se por observação usando o espéculo e depois por palpação buscando lacerações, soluções de continuidade ou sangramentos.

BLOCO 3: DEMONSTRAÇÃO DAS TÉCNICAS PELO DOCENTE

(55 min)

3.1 Preenchimento do Partograma (15 min)

Para ensino do preenchimento do partograma, oriente os alunos com base nos conteúdos já descritos e no caso clínico abaixo descrito:

Divida os alunos em grupos de 2 a 2

Caso clínico

A senhora Joana é uma mulher de 39 anos, G-5, P-4, A-0, NM-0, FV-4, ela chega a maternidade da sua unidade sanitária as 2 horas da madrugada do dia 25 de Dezembro de 2010, referindo dor abdominal e saída de muco e sangue pela vagina haviam 10 horas, e disse que não se dirigiu de imediato à unidade sanitária porque já tem experiência do tempo que leva para começarem as contracções.

Você faz a primeira avaliação as 2h e 20 min, e verifica que ela apresenta os seguintes dados: BCF- 132, DU-6/10, dilatação- 6 cm, apresentação no segundo plano, membranas intactas e sem moldagem. Na sua segunda avaliação, as 2h e 50 min você regista os seguintes dados: BCF- 140, DU- 8/10, dilatação- 9 cm, apresentação no primeiro plano, membranas intactas e sem moldagem. Faça o registo no partograma.

- Peça aos alunos para que analisem o partograma, e que o confrontem com a explicação do docente.

- Mencione os aspectos a serem registados no partograma (F.cardíaca, dinâmica uterina, dilatação do colo, descida da apresentação e características do líquido amniótico), ao mesmo tempo que mostra os espaços onde devem ser registados os respectivos dados.
- Com base no caso clínico acima descrito, preencha o partograma por fases, garantindo sempre que os alunos o acompanham nas suas folhas de partograma.
- Durante a demonstração, solicite sempre a intervenção dos alunos, para que sejam eles a indicar onde e o que registar no partograma, e no final corrija erros e enfatize as respostas certas.

3.2 Gestão do Trabalho de Parto Normal (40 min)

Oriente os alunos com base nos conteúdos já descritos, da seguinte forma:

- Antes de iniciar a actividade lave as mãos e em seguida demonstre o EPI adequado para a realização do parto, solicitando que os alunos expliquem as razões para a protecção do técnico de saúde. Demonstre também, qual deve ser o posicionamento correcto do clínico durante o parto.
- Usando um manequim específico para obstetrícia, mostre o posicionamento correcto da gestante na marqueza.
- Demonstre as técnicas para remoção da cabeça, enfatizando e demonstrando o método de protecção do períneo, que deve ocorrer em simultâneo. Mostre também, a permeabilização das vias respiratórias, ainda no períneo, usando um pano limpo, ou um aspirador em forma de pêra.
- Ao demonstrar a técnica para desprendimento do ombro, enfatize acerca da distócia do ombro, explicando as possíveis dificuldades e conduta a ter.
- Demonstre a técnica para a pesquisa da existência de circular do cordão cervical, e para removê-lo caso esteja presente.
- Demonstre a técnica para a libertação do tronco, mostrando o posicionamento correcto do feto.
- Por fim, utilizando um fio de nastro, demonstre a técnica para clampagem e corte do cordão umbilical.
- Demonstre a forma correcta de segregação do lixo (comum, infeccioso e anatómico).
- Após descartar as luvas sujas e calçar luvas limpas, demonstre os cuidados iniciais do recém-nascido.
- Após demonstrar os cuidados com o recém nascido, demonstre as manobras a realizar na dequitação.
- Demonstre especificamente a revisão do canal de parto.
- Lave as mãos.
- Registe os dados na ficha pré-natal

BLOCO 4: PRÁTICA DA TÉCNICA PELOS ALUNOS

(140 min)

- 4.1** Divida a turma em 2 grupos, e atribua uma estação a cada um deles.
- 4.2** Cada estação deverá estar preparada para a prática do preenchimento de partograma e da gestão do trabalho de parto (2º, 3º e 4º estágios).
- 4.3** A prática do preenchimento do partograma, deverá decorrer em **30** minutos. Os alunos deverão analisar o caso clínico abaixo, discutir, preencher de forma uniforme o partograma e por fim uma guia de transferência explicando os motivos da transferência.

- 4.4 Para a prática da gestão do trabalho de parto, os alunos deverão em **90** min minutos, replicar as técnicas por si demonstradas, com o auxílio e orientação do docente acompanhante.
- 4.5 Todos os alunos deveriam executar pelo menos uma vez todas as técnicas. O docente deve monitorar o tempo para a prática das técnicas.
- 4.6 Distribua o seu tempo entre os grupos, vá rodando de mesa em mesa, orientando a prática e chamando atenção para os erros identificados. Caso haja dúvidas, explique mais uma vez.
- 4.7 Se for possível ter o apoio de mais 2 docentes seria ideal, pois garantiria um seguimento mais completo dos grupos durante toda a prática.
- 4.8 No final da prática, os alunos deverão em plenária (durante **30** min), apresentar a sua experiência, dúvidas e comentários sobre as técnicas executadas.

Caso Clínico

A senhora Matilde de 32A é uma paciente G4P2A1 NM 0 FV2. Ela chega a maternidade da sua US às 13h do dia 07/09/2010. Refere que seu marido é militar, e que esteve a acompanhá-lo nas comemorações da data desde as 8h da manhã e sempre de pé. Ela queixa-se de dor lombar, alguma dor abdominal e saída de muco e sangue há 30min.

Você a avalia e verifica que ela apresenta os seguintes dados:

FCF 128; DU 1/10; Dilatação 2cm; Apresentação Iº plano e membranas intactas.

Você decide admiti-la e mantê-la em observação.

A 4 horas depois a sua avaliação revela:

FCF 120; DU 4/10; Dilatação 2cm; Apresentação no Iº plano e membranas intactas. Você repara que o foco reduziu para o limite inferior, e que apesar de a dinâmica ter aumentado, a dilatação mantém-se sem alterações, por isso recomenda que a senhora beba bebidas açucaradas e caminhe no corredor da maternidade para ajudar.

A 3ª avaliação foi feita nas 4 horas seguintes e nessa altura a senhora já referia saída de água pela vagina, aumento da dor, para além do cansaço.

Sobre os movimentos fetais, não sabia descrever, pois estava com tanta dor que nem conseguiu interpretá-los. Na avaliação você regista os seguintes dados:

FCF 100; DU 8/10; Dilatação 3cm; apresentação no IIº plano; bolsa rota e LA com mecónio.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva II: Obstetrícia	Nº da Aula	13
Tópico	Trabalho de Parto	Tipo	Teórica
Conteúdos	Complicações do trabalho de parto	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever a apresentação clínica, causas e manejo de emergência e encaminhamento das seguintes complicações:
 - a. Eclâmpsia e Pré-eclâmpsia

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução a Aula		
2	Complicações do Trabalho de Parto (continuação)		
3	Pontos-Chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

- Cunningham FG. Williams/Obstetrícia. 20ª Edição. Guanabara Koogan; 2000.
- DeCherney A. Obstetrícia e Ginecologia Diagnóstico e Tratamento. 9ª Edição. McGraw-Hill InterAmericana do Brasil; 2003.
- Machungo F, et al. Manual de cuidados obstétricos essenciais. 1ª Edição. MISAU; 2002.
- Povey. Conduta obstétrica. 1ª Edição. MISAU; 1990.
- MISAU. Normas Nacionais de Assistência ao Parto, as Recém-nascido e às Complicações Obstétricas e Neonatais, 1ª edição, 2011.
- MISAU-DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA COMUNIDADE, Manual de Cuidados Obstétricos Essenciais, Maputo, 2002.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.

1.2. Apresentação da estrutura da aula.

1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: COMPLICAÇÕES DO TRABALHO DE PARTO

2.1 Distúrbios hipertensivos na gravidez

2.1.1. Introdução e Epidemiologia

Os distúrbios hipertensivos da gravidez, constituem a entidade clínica mais importante e obscura da Obstetrícia actual, devido a sua grande incidência, ao desconhecimento da sua verdadeira etiologia e à elevada taxa de mortalidade materna e fetal. No exercício de avaliação das necessidades em maternidade segura (2006 a 2007), esta foi considerada a 4ª causa de mortalidade materna de 1398 mortes notificadas. É ainda mais importante no contexto Moçambicano porque a sua incidência é maior nas mulheres de raça negra.

2.1.2. Etiologia e Factores de risco

- Causa determinante desconhecida.
- Factores de risco: i) História Familiar (mãe e irmã); ii) Gravidez múltipla; iii) Diabetes; iv) Pré-eclâmpsia na gestação anterior; v) Raça Negra; vi) Idade > 35 anos e < 20 anos, doença hipertensiva pré-existente.

2.1.3. Classificação

Os distúrbios hipertensivos da gravidez classificam-se em:

- Hipertensão gestacional transitória – hipertensão não acompanhada de proteinúria, após 20 semanas, que retorna aos níveis normais no pós-parto (até 12 semanas após o parto);
- Pré-eclâmpsia – é uma síndrome multissistémica caracterizada por hipertensão e proteinúria, após 20 semanas de gravidez, em mulheres com prévia TA normal. De salientar que o edema é habitual na gravidez normal e na pré-eclâmpsia só é significativa se afectar as mãos e a face
- Eclâmpsia – é a ocorrência de convulsões em uma paciente com pré-eclâmpsia. É a forma mais grave dos distúrbios hipertensivos da gravidez e pode complicar-se com AVC, coma, morte materna;
- Hipertensão Crónica – é a existência de hipertensão arterial antes da concepção, antes da 20ª semana de gestação ou que persiste por mais de 6 semanas depois do parto.

A hipertensão crónica é o único distúrbio não induzido pela gravidez, mas pode ser exacerbado durante este período.

Nota: a tensão arterial diastólica é o melhor indicador dos distúrbios hipertensivos na gravidez, pois mede a resistência periférica e não varia com o estado emocional da mulher.

Abaixo descreve-se a apresentação clínica, diagnóstico e conduta em cada tipo.

2.1.4. Hipertensão gestacional transitória

Quadro clínico e diagnóstico

- Hipertensão assintomática, com duas leituras de TA diastólica entre 90 a 110 mmHg num intervalo de 4 horas, depois de 20 semanas de gestação e até as 12 semanas após o parto.
- Sem proteinúria

Conduta

- Monitorar semanalmente tensão arterial, urina II (proteinúria) e condição do feto.
- Se T.A elevar-se mais, tratar como pré-eclâmpsia ligeira.
- Se presentes sinais sofrimento fetal ou de ACIU, referir para internamento e avaliação da possibilidade de parto antecipado.
- Prestar aconselhamento a mulher e família sobre sinais de perigo que indicam pré-eclâmpsia e eclâmpsia.
- Se todas as observações forem normais, permita um prosseguimento do trabalho de parto e parto normal.

2.1.5. Pré-eclâmpsia

Quadro clínico e diagnóstico

- Hipertensão arterial, com TA sistólica igual ou superior a 140 mmHg e T.A diastólica igual ou superior a 90 mmHg que aparece após as 20 semanas de gestação.
- Com proteinúria.

Pré-eclâmpsia Moderada

- Caracteriza-se por duas leituras de TA diastólica entre 90 a 110 mmHg num intervalo de 4 horas, depois de 20 semanas de gestação;
- Proteinúria acima de 2 cruces (>300 mg /24h);
- Muitas vezes assintomática, ou com:
 - Aumento exagerado e súbito do peso devido a retenção de líquidos (> 1Kg/semana) pode estar presente;
 - Edema Generalizado (envolvendo face e mãos), contudo tanto a pré-eclâmpsia como a eclâmpsia pode ocorrer sem edema.

Pré-eclâmpsia Severa

Aos sinais da PE moderada acima descritos junta-se:

- T.A. diastólica ≥ 110 mmHg
- Distúrbios visuais (visão turva)
- Cefaleias de difícil controlo
- Dor epigástrica
- Vómitos
- Hiperreflexia (resposta aumentada dos reflexos)
- Oligúria e edema pulmonar podem ocorrer

Conduta

Pré-eclâmpsia moderada

Objectivo: evitar a eclâmpsia e o trabalho de parto prematuro:

Se a doença se manifesta depois das 36 semanas:

- Enviar a doente ao serviço de maternidade para interromper a gravidez: indução do trabalho se bacia for compatível e se o colo estiver favorável (mole, fino, dilatação iniciada), ou parto por cesárea se colo não favorável e/ou bacia incompatível.

Se a doença se manifesta antes das 37 semanas:

- Se os sinais normalizarem, faça o acompanhamento 2 vezes por semana em ambulatório:

- Recomendar repouso em casa;
- Controlar T.A, urina II (proteinúria), reflexos e condição do feto;
- Informar a mulher e a sua família sobre os sinais de perigo (cefaleias, distúrbios visuais, dor epigástrica);
- Informar a mulher que deve monitorar os movimentos fetais e informar se houver alguma alteração (diminuição da actividade);
- Encorajar dieta normal (a restrição do sal não tem benefícios e deve ser desencorajada);
- Não administre anti-hipertensivos ou sedativos (estes medicamentos não têm efeito na evolução da doença e apenas devem ser usados apenas em situações específicas).
- Se não houver normalização dos sinais:
 - Internar a doente em repouso absoluto em decúbito lateral esquerdo (melhora o fluxo sanguíneo renal e a perfusão uteroplacentária)
 - Vigiar TA, peso e proteinúria
 - Tratamento anti-hipertensivo com Dihidralazina cps 12.5mg (1/2cp) 6/6h

Nota: não dar diuréticos nem fazer restrição de sal alimentar

- **Se melhorar:**
 - Dar alta ou referir para aguardar na casa de espera até as 37 semanas
 - Monitorar 2 vezes por semana e aconselhar conforme descrito acima (para doente *com menos de 37 semanas e normalização dos sinais*).
- **Se não melhorar:**
 - Tratar o caso como PE grave

Pré-eclâmpsia Severa

- O tratamento da pré-eclâmpsia severa é o mesmo que o da eclâmpsia excepto que na eclâmpsia, o parto deve ocorrer nas primeiras 12 horas após o início das convulsões e a dose de ataque de Diazepan, não é dada na pré-eclâmpsia grave.
- Todos os casos de pré-eclâmpsia devem ser tratados activamente, pois os sintomas de eclâmpsia eminente (epigastralgia e outros) não são fiáveis.

2.1.6. Eclâmpsia

Quadro clínico e diagnóstico

- Pré-eclâmpsia
- Convulsões
- Coma
- *Pode haver presença de convulsões frequentes e repetidas – Estado Eclâmpptico.*

As convulsões podem ocorrer antes, durante e após o parto (primeiras 24 horas). No momento das convulsões a T.A pode estar normal.

Conduta

Na conduta de eclâmpsia existem medidas gerais e o tratamento específico da doença:

Medidas gerais

- Colocar a doente em quarto sossegado e com pouca iluminação para não estimular mais convulsões;
- Colocar a doente em decúbito lateral esquerdo, para evitar a aspiração de secreções e vômitos;
- Aspirar secreções;
- Colocar um abaixador da língua, um rolo de gaze ou um tubo de Mayo para evitar a mordedura da língua;
- Canalizar veia;
- Colher amostras de sangue para hemograma, grupo sanguíneo, função renal e hepática (onde é possível);
- Avaliar e monitorar a diurese;
- Sinais vitais, reflexos e batimentos cardíacos fetais de hora/hora;
- Auscultação pulmonar de hora em hora para identificação precoce de edema agudo do pulmão;
- Não abandonar a doente até controlar as convulsões e só nessa altura poderá ser transferida;
- Oxigénio por cânula nasal.

Tratamento farmacológico:

Controlar a convulsão com:

- Sulfato de Magnésio a 10% (fármaco de eleição):
 - Dose inicial/ataque: 4g diluído em Soro Glicose 5% (lactato de ringer/fisiológico) 20ml EV lento.

Se depois de 15 minutos tornarem a ocorrer convulsões, administrar 2 g por via endovenosa lenta.
 - Dose de manutenção: 8g em 1000ml Ringer ou Fisiológico ou Dextrose a 5% em 8h (25 gotas/ min). Continuar com o tratamento de 8/8 horas até pelo menos 24 horas depois do parto ou depois de as convulsões terem iniciado.

Nota: vigiar sinais de depressão respiratória, reflexos rotulianos e diurese. Suspender ou adiar a medicação se: frequência respiratória menor que 14 a 16 c/min e/ou diurese menor que 30 ml por hora durante 4 horas e/ou os reflexos estiverem reduzidos ou ausentes. Nestes casos administrar 10 ml (1g) de gluconato de cálcio a 10% por via endovenosa lenta.

Ou

- Diazepam (se sulfato de magnésio não estiver disponível)
 - Dose inicial/ataque (só nos casos de eclâmpsia): 10 a 20mg EV lento ou rectal
 - Dose de manutenção: 40mg diluídos em 1000ml de Ringer ou Fisiológico ou Dextrose a 5% de 8/8h.

Nota: não administrar mais do que 100 mg em 24 horas e monitorar frequência respiratória pra despiste de depressão respiratória. Se necessário entubar e

administrar oxigénio. Em caso de intoxicação entubar, administrar oxigénio, pedir ajuda.

Ou

Caso de não haja Sulfato de magnésio ou Diazepam:

- Clorpromazina
 - Dose inicial/ataque: 25mg EV
 - Dose de manutenção: 100mg em 500ml de Ringer ou Dextrose a 5% de 8/8h a correr 20 gotas/min.

Controlar a HTA

- Se a tensão arterial diastólica (T.A.D) for maior que 110mmHg, administre anti-hipertensivos. O objectivo é manter a T.A.D entre 90 a 100 mmHg de modo a evitar uma hemorragia cerebral.
- A Hidralazina é a droga de eleição, na dose de 12.5 mg IM ou 6mg EV. Repetir após 20 a 30 minutos se necessário, até se atingir uma resposta.

Iniciar Trabalho de Parto (independentemente da idade da gestação)

- Colo Uterino maduro e bacia favorável - Parto Vaginal
- Colo imaturo, bacia não favorável ou trabalho de parto > 6h – Cesariana

2.1.7. Hipertensão crónica

Quadro clínico e diagnóstico

Tensão arterial diastólica de 90 mmHg ou mais antes das primeiras 20 semanas de gestação.

Conduta

- Encorajar períodos adicionais de repouso;
- A tensão arterial não deve ser reduzida para níveis inferiores aos habituais antes da gravidez (risco de redução da perfusão placentária), excepto se tensão arterial diastólica \geq 110 mmHg ou a tensão arterial sistólica \geq 160 mmHg ;
- Se a mulher estava a tomar anti-hipertensivos antes da gravidez e a doença está bem controlada, continuar com a mesma medicação se esta for aceitável para a gravidez;
- Se houver proteinúria ou outros sinais e sintomas de pré-eclâmpsia, considere e trate como tal de acordo com a apresentação;
- Monitorar crescimento do feto e se não existirem complicações permitir o parto de termo.

2.1.8. Complicações

Maternas:

- Hemorragia Cerebral
- Edema Agudo do Pulmão e complicações resultantes da aspiração de secreções ou vómitos;
- Insuficiência Renal, cardíaca e hepática
- Coagulopatia
- Trauma físico durante a convulsão
- Psicose Puerperal

Usualmente desaparecem dentro de 8 semanas pós-parto.

Fetais:

- Sofrimento Fetal crónico
- Morte Intra-uterina
- Baixo Peso ao Nascer
- Atraso de Crescimento Intra-uterino
- Trabalho de Parto Prematuro
- Descolamento prematuro da placenta

BLOCO 3: PONTOS-CHAVE

- 3.1.** Os distúrbios hipertensivos da gravidez classificam-se em: hipertensão gestacional transitória, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e hipertensão Crónica. Destes a hipertensão crónica, é o único que não é induzido pela gravidez, mas pode ser exacerbado nesta condição.
- 3.2.** Se numa hipertensão gestacional ou crónica surgir proteinúria, deve-se considerar que se está perante uma pré-eclâmpsia ou eclâmpsia de acordo com outros sinais apresentados.
- 3.3.** Todos os casos de pré-eclâmpsia devem ser tratados activamente, pois os sintomas de eclâmpsia eminente (epigastralgia e outros) não são fiáveis. Salvo algumas excepções, o tratamento da pré-eclâmpsia severa é o mesmo que o da eclâmpsia.
- 3.4.** A eclâmpsia consiste no quadro clínico da pré-eclâmpsia associado à convulsões. É o distúrbio hipertensivo da gravidez mais grave e com maior potencial de causar de dano à mãe e ao feto.
- 3.5.** Nas mulheres com distúrbios hipertensivos da gravidez, deve-se encorajar ao repouso incrementado e desencorajar a restrição de sal na dieta, pois já foi comprovado que não há benefícios.
- 3.6.** O sulfato de Magnésio é o fármaco de eleição para o tratamento das convulsões. Durante a sua administração deve-se monitorar os reflexos, frequência respiratória e diurese, para identificar precocemente sinais de toxicidade.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva II: Obstetrícia	Nº da Aula	14
Tópico	Trabalho de Parto	Tipo	Teórica
Conteúdos	Complicações do Trabalho de Parto	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever a apresentação clínica e o manejo das seguintes condições obstétricas que complicam o trabalho de parto :
 - a. Trabalho de parto pré-termo (Aula 7);
 - b. Rotura de bolsa > 24h;
 - c. Hemorragias ante-parto
 - d. Prolapso do cordão umbilical

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Complicações do Trabalho de Parto		
3	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

- Cunningham FG. Williams/Obstetrícia. 20ª Edição. Guanabara Koogan; 2000.
- DeCherney A. Obstetrícia e Ginecologia Diagnóstico e Tratamento. 9ª Edição. McGraw-Hill InterAmericana do Brasil; 2003.
- Machungo F, et al. Manual de cuidados obstétricos essenciais. 1ª Edição. MISAU; 2002.
- Povey. Conduta obstétrica. 1ª Edição. MISAU; 1990.
- Resende J. Obstetrícia Fundamental. 9ª Edição. Guanabara Koogan; 2003.
- MISAU. Normas Nacionais de Assistência ao Parto, ao Recém nascido e às Complicações Obstétricas e Neonatais, 1ª edição, 2011.
- MISAU-DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA COMUNIDADE, Manual de Cuidados Obstétricos Essenciais, Maputo, 2002.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: COMPLICAÇÕES DO TRABALHO DE PARTO

Abaixo descrevem-se duas patologias que normalmente complicam o trabalho de parto, especificamente o 1º estágio:

2.1. Rotura Prematura Prolongada das Membranas

2.1.1. Definição

Em 90% dos casos, a Rotura de membranas ocorre durante o parto. A rotura prematura das membranas é a que teve efeito antes do início do trabalho de parto. Se tiverem decorrido 24h entre a Rotura das membranas e o início do trabalho de parto, o problema é descrito como Rotura prematura prolongada das membranas.

2.1.2. Causas

- Infecção materna (ex., infecção urinária, do trato genital inferior, ITS);
- Infecção intra-uterina (amnionite);
- Incompetência cervical (o colo dilata-se por incapacidade de sustentar o peso da gravidez em desenvolvimento);
- Multiparidade;
- Polihidrâmnios.

2.1.3. Quadro clínico

O diagnóstico é evidente na maioria dos casos:

- A mulher queixa-se de perdas pela vagina de quantidades anormais de líquidos. Pode referir que a roupa interior ou os seus lençóis ficam molhados.
- Pode-se observar líquido no canal vaginal.

2.1.4. Complicações

A rotura prematura das membranas é uma causa importante de:

- Trabalho de parto prematuro;
- Prolapso do cordão;
- Descolamento prematuro de placenta;
- Infecção intra-uterina.

2.1.5. Conduta

A conduta depende do tempo de gestação e da maturação fetal. Assim, existem duas situações:

Rotura prematura em trabalho de parto pré-termo (Prematuridade)

(conduta de parto pré-termo)

Rotura prematura prolongada em trabalho de parto de termo

- Indução ou aceleração do trabalho de parto (já descrito).

- Antibioprolifaxia pelo risco elevado de infecção intra-uterina:
 - Amoxicilina 500 a 1000 mg 8/8 em 7 dias oral
 - Metronidazol 500mg (2cps) 8/8 em 7 dias oral

2.2. Hemorragia Ante-Parto

Considera-se “hemorragia antes do parto” o sangramento durante os últimos meses da gravidez (20 semanas pelo critério da OMS). As causas mais importantes:

- Placenta prévia
- Descolamento prematuro da placenta
- Rotura Uterina
- Lesões do colo

O diagnóstico diferencial das hemorragias ante-parto deve ser feito entre si pelos sinais cardinais abaixo indicados.

2.2.1. Placenta Prévia

Definições

É a implantação de qualquer parte da placenta no segmento inferior do útero.

Ocorre em cerca de 1 a cada 200 partos.

Etiologia

Os factores mais comumente associados são:

- Gravidez múltipla
- Idade materna avançada
- Cesarianas anteriores
- História de abortamentos
- Malformações fetais

Classificação

De acordo com o local de inserção da placenta, esta pode ser de 4 tipos, a saber:

- *Total ou completa*: a placenta cobre totalmente o orifício interno cervical
- *Parcial*: a placenta cobre parcialmente o orifício interno cervical
- *Marginal*: a placenta está na margem do orifício
- *Lateral ou Baixa*: encontra-se no segmento inferior não atingindo o colo

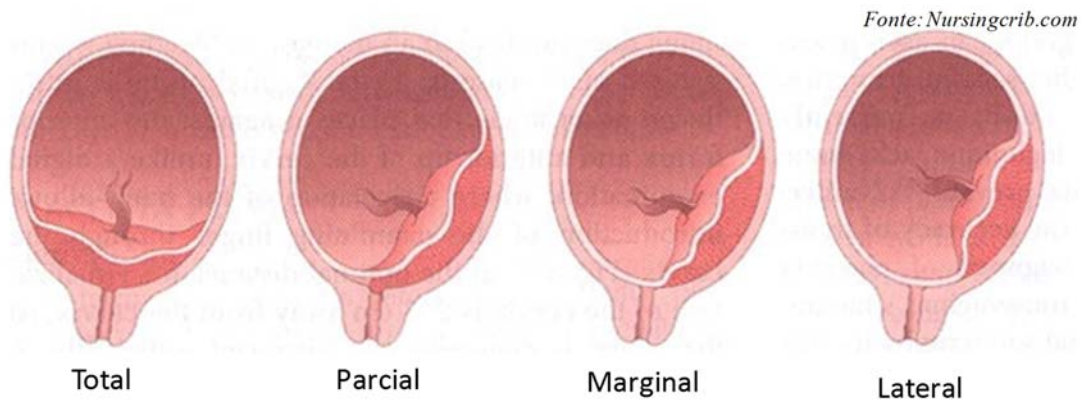


Figura 1. Tipos de placenta prévia.

Quadro Clínico

- Hemorragia indolor, de sangue vermelho vivo, sem relação com esforços ou traumas, que geralmente inicia no último trimestre (Sinal Cardinal), muitas vezes em torno das 34 semanas.
- Palpação de útero: útero relaxado e indolor, que pode ou não ter contrações de trabalho de parto.
- Apresentação é alta, pois a massa placentar ocupa o segmento inferior do útero.
- Auscultação cardíaca fetal presente e vitalidade fetal é geralmente boa.

Complicações

- Fetais: prematuridade, hipóxia (anemia fetal), prolapso do cordão, ACIU.
- Maternas: descolamento prematuro da placenta, choque hemorrágico e morte materna.

Diagnóstico:

- Clínica e Ecografia

Conduta

- Referir para acompanhamento numa U.S. com capacidade cirúrgica, e enquanto aguarda transferência:
 - Internar a gestante e mantê-la em repouso no leito e estabilizar a T.A.
 - Monitorizar a vitalidade fetal (BCF)
- Uma vez confirmado o diagnóstico no hospital com capacidade cirúrgica, há as seguintes hipóteses:
 - Hemorragia intensa: cesariana independentemente da idade gestacional
 - Hemorragia cessou:
 - Idade gestacional > 36 semanas: Cesariana
 - Idade gestacional < 36 semanas:
 - Manter paciente em repouso acamada
 - Monitorizar diariamente o bem-estar fetal
 - Hemograma completo, grupo sanguíneo e exames de urina

- Ecografia para confirmar o diagnóstico e avaliar idade gestacional

2.2.2. Descolamento Prematuro da Placenta Normalmente Inserida (DPPNI)

Definições

É a separação súbita da placenta implantada no corpo do útero, antes do nascimento do feto, em gestação igual ou superior a 20 semanas.

Etiologia

O DPPNI está implicado nas seguintes situações:

- Redução da circulação placentar como: toxémia gravídica; multiparidade; malnutrição; anemia; infecções crónicas; diabetes; alcoolismo; tabagismo.
- Anomalias da parede uterina como: distensão excessiva (macrossomia; polihidrâmnios); cicatriz uterina de cesariana; malformações; miomas.
- Trauma externo.

Classificação

O deslocamento tem vários graus podendo ser:

- *Parcial*: se uma superfície da placenta se mantiver intacta, onde o feto pode sobreviver até parto.
- *Completo*: quando toda a placenta se descola e a morte fetal é inevitável.

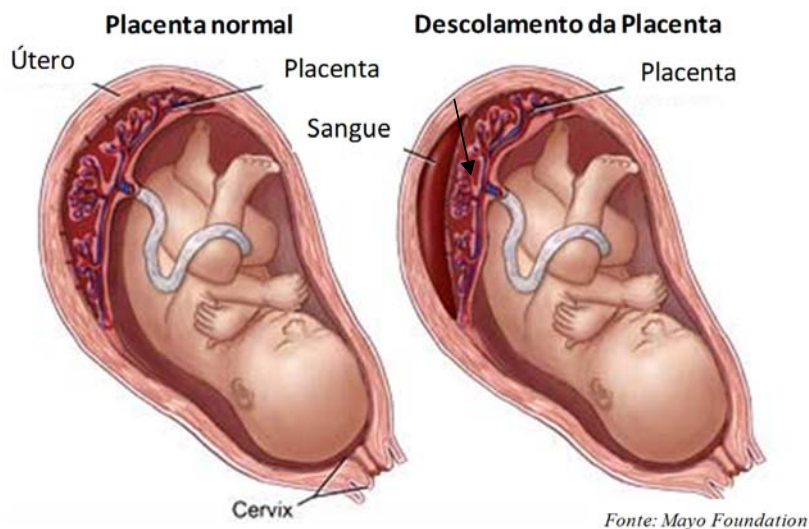


Figura 2. Descolamento prematuro da placenta (área de descolamento apontada com uma seta).

Quadro Clínico

- Hemorragia externa (geralmente sangue vermelho escuro), ou sinais de hemorragia interna (anemia aguda, hipotensão e outros sinais de choque)
- Dor abdominal súbita de intensidade variável, numa mulher em ou sem trabalho de parto
- Em 20% dos casos o sangramento é oculto, isto é, retido no útero.
- Palpação de útero: apresenta-se tenso e doloroso
- Auscultação cardíaca fetal pode ser
 - Normal, se descolamento parcial ligeiro;

- Lenta, deslocamento parcial moderado-grave com asfixia fetal;
- Ausente, se o feto estiver morto.

Complicações

- *Mortalidade fetal superior a 90%.*
- *Parto prematuro*
- *Choque hemorrágico e coagulopatia materna*
- *Morte*
- *Em alguns casos de descolamento da placenta com coagulopatia, o útero fica atónico e resistente à oxitocina, sendo necessária uma histerectomia.*

Diagnóstico:

- Clínica e Ecografia

Conduta

- Estabilizar a T.A. da paciente (se hemorragia intensa pode ser necessário transfundir concentrado de glóbulos) e algaliar
- Referir imediatamente para tratamento definitivo na U.S. com capacidade cirurgica

O DPPNI é uma emergência obstétrica, sendo que a morbi-mortalidade fetal é a mais alta de todas complicações obstétricas, sendo necessário tomar atempadamente as seguintes decisões:

- Feto vivo (Batimentos cardíacos fetais presentes): **CESARIANA é a melhor opção.** Se a dilatação estiver avançada (> 6 cm) e a mãe estabilizada, pode-se proceder com amniotomia e aguardar o parto vaginal.
- Feto morto (BCF ausentes):
 - *Acelerar o parto vaginal*, por amniotomia (Rotura artificial das membranas)
 - *Realizar o parto*, retirar o produto de concepção rapidamente;
 - Tratamento da hemorragia pós-parto (aula 18).

2.2.3. Rotura Uterina

Definição

A Rotura uterina é um episódio obstétrico previsível e evitável de maior gravidade, que pode ocorrer durante a gravidez ou no parto. Sua frequência/quantidade é inversamente proporcional à qualidade da assistência pré-natal e sobretudo aquela dispensada durante o trabalho de parto.

Factores predisponentes

- Traumáticos que são determinados pelas quedas sobre o ventre, acidentes de trânsito, armas de fogo, manuseio da cavidade uterina (dilatação do colo e curetagem, implantação de dispositivo intra-uterino, uso de diversos objectos com fim abortivo ou propedêutico);
- Grande multiparidade, gravidez gemelar, polihidrâmnios;
- Atraso de decisão na conduta dos partos distócicos;
- Uso incorrecto de Oxitocina (em quantidades excessivas provoca hiperestimulação uterina);
- Pressão no fundo do útero por quem assiste ao parto;

- Como complicação das manobras para mudança da situação fetal por quem assiste ao parto (versão interna e externa).
- Cesarianas anteriores ou outras cirurgias no miométrio.

Quadro clínico

A Rotura de um útero intacto ocorre geralmente na fase activa ou no período expulsivo.

- *Na eminência da Rotura:*
 - Paciente está ansiosa e agitada
 - Contrações enérgicas e extremamente dolorosas no hipogástro
 - Observa-se o relevo do anel que separa o corpo uterino do segmento inferior (sinal de Bandl), localizado próximo ou junto a cicatriz umbilical
- *Na Rotura consumada:*
 - Dor súbita, lancinante, mais intensa na região hipogástrica.
 - Paralisação do trabalho do parto, porque o útero roto não se contrai efectivamente. O feto e placenta poderão ter sido expulsos do útero e serem palpáveis na cavidade abdominal.
 - Hemorragia vaginal é intensa (profusa) mesmo que se visualize um volume discreto pela vagina (neste caso fica oculta, isto é, permanece na cavidade abdominal sem exteriorizar-se).
 - Por vezes a urina é hemática

Ao exame físico:

- Inspeção: notam-se duas saliências, uma representando o útero vazio, a outra constituída pelo feto.
- Palpação: confirma a última informação; ainda maciez nos flancos (pela presença de sangue); crepitações abdominais.
- Toque: confirma o diagnóstico, e pode evidenciar a localização e a extensão da Rotura se o exame for estendido para a cavidade uterina (não aconselhável).
- Sinais de anemia aguda que pode evoluir rapidamente para choque.

Complicações

- Choque e mortalidade materna
- Algumas vezes o tratamento consiste na histerectomia, impossibilitando a mulher de ter filhos
- Mortalidade fetal

Conduta

- *Profilático:*
 - Vigilância permanente a todas as pacientes durante o parto, para notar distócias, o sinal de Bandl, e assim evitar a Rotura. Nestas condições deve-se:
 - ✓ Administrar Ampicilina 1g ou Penicilina cristalina 5M EV
 - ✓ Cesariana urgente

- ✓ A Rotura uterina pode ocorrer sem que seja percebida, pelo que a revisão manual é obrigatória após um parto em que se suspeita de Rotura. Suspeitar de Rotura sempre que houver: dor não habitual no fim da gravidez e no T.P, choque durante o trabalho de parto e hemorragia.

Após a Rotura na U.S sem capacidade cirúrgica:

- Estabilizar a T.A. da paciente (se hemorragia intensa pode ser necessário transfundir concentrado de glóbulos) e algaliar.
- Referir imediatamente para tratamento definitivo na U.S. com capacidade cirúrgica, onde deverá ser feita laparotomia urgente para corrigir a situação de Rotura e hemorragia interna.

Prognóstico

O prognóstico fetal é sombrio. O materno varia conforme a prontidão no tratamento do choque e realização da laparotomia de urgência.

2.2.4. Prolapso do Cordão Umbilical

Definição

É a exteriorização do cordão umbilical através da cérvix uterina, podendo projectar-se para fora da vagina.

Etiologia

- Rotura prematura de membranas quando a apresentação fetal, esta acima do plano zero De Lee
- Apresentação alta.

Sinais:

- O cordão umbilical apresenta-se no canal de parto abaixo da parte fetal apresentada.
- O cordão umbilical é visível na vagina após a rotura das membranas
- Queda abrupta do FCF



Fonte: <http://www.ttuhschool.edu/elpaso/som/obgyn/obgyn101/my%20documents4/Text/Abnormal%20L&D/Prolapsed%20Cord.htm>

Figura 3. Cordão umbilical prolapsado

Complicação:

- Sofrimento fetal Agudo
- Óbito fetal

Conduta

Depende da pulsatilidade do cordão e do estágio do trabalho de parto.

- Administre oxigênio a 4-6 L por minuto por máscara ou sonda nasal, à todas as mulheres nesta condição.
- Palpe o cordão e avalie a sua pulsabilidade:

Se o cordão estiver a pulsar, o feto está vivo e deve-se diagnosticar a etapa do trabalho de parto por meio de um exame vaginal imediato e prosseguir conforme descrito abaixo:

Se a mulher estiver no primeiro estágio do trabalho de parto, em todos os casos:

- Coloque a mulher na posição genu-peitoral apresentada;
- Usando luvas esterilizadas, insira uma mão na vagina e empurre a parte apresentada para cima para diminuir a pressão sobre o cordão e desalojar a parte apresentada da pélvis;
- Coloque a outra mão no abdômen na região supra-púbica, para manter a parte apresentada fora da pélvis;
- Uma vez que a parte apresentada esteja firmemente segura acima do bordo pélvico, remova a outra mão da vagina. Conserve a mão sobre o abdômen até à Cesariana.
- Se disponível, administre 0,25 mg de salbutamol, diluído em 10 ml de soro fisiológico, por via IV, lentamente, durante 2 minutos para reduzir as contrações;" OU administre um soro Ringer 500 ml com 1 mg (2 ampolas) de salbutamol por via IV, para reduzir as contrações"
- Solicite de imediato a ajuda especializada para a realização de uma cesariana (mantendo sempre a mão em apoio abdominal)

Se a mulher estiver no segundo estágio do trabalho de parto:

- Antecipe o parto com uma episiotomia e uma extração por ventosa
- No caso de uma **apresentação pélvica**, faça uma extração pélvica
- Prepare-se para a ressuscitação do recém-nascido

Se o cordão não estiver a pulsar:

- Se **não houver pulsação do cordão**, o feto está morto. Faça o parto do modo mais seguro para a mulher.

BLOCO 3: PONTOS-CHAVE

- 3.1. A rotura prematura das membranas é a que teve efeito antes do início do trabalho de parto. As principais causas são: infecções, incompetência cervical, multiparidade, polihidrâmnios.
- 3.2. A rotura prematura das membranas pode ter as seguintes complicações: trabalho de parto prematuro, prolapso do cordão, descolamento prematuro de placenta, infecção intra-uterina.
- 3.3. As principais causas de hemorragia ante-parto são: placenta prévia, descolamento da placenta e rotura uterina. Cada uma delas apresenta sinais e sintomas específicos que permitem que se faça o diagnóstico diferencial.
- 3.4. A placenta prévia caracteriza-se por hemorragia indolor, de sangue vermelho vivo, sem relação com esforços ou traumas, com útero relaxado. Por sua vez, o descolamento da placenta caracteriza-se por hemorragia (geralmente de sangue vermelho escuro), acompanhada de dor abdominal súbita e com útero tenso.
- 3.5. Todas hemorragias ante-parto constituem emergência obstétrica, e devem ser referidos à US com capacidade cirúrgica.
- 3.6. Os sinais que evidenciam o prolapso do cordão umbilical, são: o cordão umbilical apresenta-se no canal de parto abaixo da parte fetal apresentada, o cordão umbilical é visível na vagina após a rotura das membranas, há queda abrupta do FCF.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva II: Obstetrícia	Nº da Aula	15
Tópico	Trabalho de Parto	Tipo	Teórica
Conteúdos	Complicações do Trabalho de Parto	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever a apresentação clínica e o manejo das seguintes condições obstétricas que complicam o trabalho de parto:
 - a. Trabalho de parto obstruído;
 - i. Posição viciosa e situação fetal anómala;

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Complicações do Trabalho de Parto		
3	Trabalho de Parto Obstruído		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

- Cunningham FG. Williams/Obstetrícia. 20ª Edição. Guanabara Koogan; 2000.
- DeCherney A. Obstetrícia e Ginecologia Diagnóstico e Tratamento. 9ª Edição. McGraw-Hill InterAmericana do Brasil; 2003.
- Machungo F, et al. Manual de cuidados obstétricos essenciais. 1ª Edição. MISAU; 2002.
- Povey. Conduta obstétrica. 1ª Edição. MISAU; 1990.
- Resende J. Obstetrícia Fundamental. 9ª Edição. Guanabara Koogan; 2003.
- MISAU. Normas Nacionais de Assistência ao Parto, as Recém-nascido e às Complicações Obstétricas e Neonatais, 1ª edição, 2011.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: COMPLICAÇÕES DO TRABALHO DE PARTO

Abaixo apresenta-se a descrição do trabalho de parto arrastado, suas principais causas e modalidades de apresentação. Será dado enfoque ao trabalho de parto obstruído e as posições viciosas especificamente. Estas condições geralmente complicam o 1º e o 2º estágios do trabalho de Parto.

2.1 Trabalho de Parto Arrastado (Distócia)

2.1.1. Definição

Considera-se trabalho de parto arrastado quando a fase activa (do 1º estágio) está prolongada devido a causas funcionais (distócia motora) ou mecânicas (distócia mecânica/trabalho de parto obstruído).

Considera-se fase activa prolongada – quando a dilatação não chega a 1cm/h na nulípara ou a 1.5cm/h na múltipara e/ou se não ocorre a descida da apresentação.

Muitas complicações podem surgir quando há trabalho de parto arrastado. Nestes casos, a incidência da morbi-mortalidade perinatal aumenta. Cerca de 8% de todas as mortes maternas são devidas ao trabalho de parto arrastado por causas mecânicas (trabalho de parto obstruído).

2.1.2. Etiologia

Tabela 1. Causas de distócia

Causas de Distócia mecânica	Causas de Distócia motora
Fetais: feto grande, malformação fetal (hidrocefalia), apresentação viciosa (pélvica, de frente, de face, bregmática, de espádua), circulares do cordão umbilical	Contracções ineficazes: parto obstruído (inibe contracções), distensão da bexiga, malnutrição, exaustão, hipertermia, medo, acção de medicamentos.
Pélvicas: pélvis pequena ou malformada e obstrução por tecidos moles (quisto do ovário, mioma, verrugas e quelóides gigantes, estenose do colo ou vagina)	Esforços expulsivos ineficazes: os mesmos factores que levam às contracções ineficazes, incapacidade materna de coordenar as forças expulsivas com as contracções

2.1.3. Conduta

- Reavaliar a bacia (arquitectura pélvica);
- Reavaliar a atitude (situação e apresentação) do feto e excluir uma desproporção céfalo-pélvica, macrosomia e gravidez múltipla;
- Hidratação EV e glicose hipertónica (doses abaixo);
- Proceder com a amniotomia caso a apresentação esteja encravada;

- Se apesar das medidas anteriormente tomadas o trabalho de parto não evolui estará certamente perante um trabalho de parto obstruído.

BLOCO 3: TRABALHO DE PARTO OBSTRUÍDO

3.1. Trabalho de parto obstruído

3.1.1. Definição

Também chamado de distócia mecânica, define-se como o trabalho de parto que apesar de contracções uterinas fortes, não pode progredir devido a factores mecânicos.

As causas estão listadas na tabela 1 (causas de distócia mecânica)

3.1.2. Quadro clínico

- Progressão anormal do partograma;
- Palpa-se apresentação fetal acima da sínfise púbica;
- Ao toque vaginal, detecta-se moldagem no caso de apresentação cefálica; As contracções uterinas são muito fortes e frequentes com a possibilidade de o útero estar hipertónico, por vezes. Quando se atinge a exaustão uterina as contracções podem estar ausentes;
- Evolui com sinais de ameaça de rotura uterina (ver rotura uterina);
- Evolui com sinais de sofrimento fetal: foco irregular ou bradicárdico e/ou presença de L.A com mecónio espesso;
- Evolui para morte fetal intra-uterina.

3.1.3. Complicações

- Rotura uterina;
- Hemorragia intra-parto;
- Lacerações do canal de parto;
- Sépsis puerperal;
- Fístulas vesico-vaginais e recto-vaginais.

3.1.4. Conduta geral

- Dextrose 5% ou Ringer 1000ml + Salbutamol 4 ampolas (dentro do soro), a correr 40gotas/min para diminuir ou parar as contracções;
- Algaliar a paciente;
- Ampicilina 1g ou Penicilina Cristalina 5M UI EV;
- Transferir a paciente para uma US com recursos cirúrgicos, acompanhada de guia de transferência detalhada.

Nota: a conduta perante verrugas ou quelóides localizados na entrada e mucosa vaginal e que causem obstrução completa deve ser a mesma do parto obstruído. Se a oclusão do canal de parto for parcial (<30%), o parto vaginal é possível e seguro.

3.2. Apresentações Viciosas

As apresentações viciosas são uma causa importante de trabalho de parto arrastado por factores mecânicos, pelo que deve-se suspeitar desta condição sempre que houver prolongamento da fase

activa da dilatação ou da descida da parte que se apresenta, ou frequentemente em ambas as situações.

3.2.1. Causas

São aquelas que predispoem ao posicionamento anormal do feto:

- Fetais
 - Macrossomia ou baixo peso fetal
 - Malformações do feto (hidrocefalia, anencefalia)
- Maternas
 - Pélvis pequena ou mal formada
 - Presença de miomas, outros tumores pélvicos ou de malformações uterinas
 - Polihidrâmnios (favorece mobilidade fetal excessiva)

Abaixo descreve-se a apresentação e conduta em cada tipo específico de apresentação viciosa:

3.2.2. Apresentação Occipito posterior (Bregmática)

Definição

É a apresentação na qual o osso occipital encontra-se na posição posterior da pélvis e ao toque vaginal, palpa-se a fontanela anterior.

Quadro clínico

A cabeça mantém-se normalmente alta, encaixando-se só quando a dilatação está completa.

Evolução

- Pode haver rotação natural para a posição occipital anterior (mais frequentemente nas múltiparas).
- Pode haver parto arrastado por inadequada adaptação da cabeça aos diâmetros pélvicos.

Conduta

- Avaliar o feto e a pélvis para descartar desproporção céfalo-pelvica (DCP). Se houver DCP transferir para cesariana – conduta do trabalho de parto obstruído (vide acima).
- Na ausência de DCP, caso o trabalho de parto progrida sem que ocorra a rotação para occipito anterior, proceder a um parto vaginal com uma ampla episiotomia.



Fonte: <http://www.naturalhealthtutoring.com/terminology-vertex-presentation-or-cephalic-presentation/>

Figura 1: Apresentação bregmática.

3.2.3. Apresentação de Fronte

Definição

É a apresentação em que a parte apresentada é a fronte. Pelo T.V pode-se palpar as arcadas orbitárias.

Evolução

A mudança de posição pode ser espontânea para apresentação occipito posterior, de vértice ou face, particularmente se a cabeça fetal for pequena ou no caso de morte fetal.

Conduta

Transferir para US com cirurgia (vide acima conduta de trabalho de parto obstruído).



Fonte: <http://www.naturalhealthtutoring.com/terminology-vertex-presentation-or-cephalic-presentation/>

Figura 2: Apresentação de frente.

3.2.4. Apresentação de Face

Definição

É a apresentação em que a face está mais anteriormente no canal de parto.

Toca-se a boca e o nariz do feto, e a cabeça está mais inclinada do que na apresentação de frente. O clínico deve ter cuidado, para não confundir a boca com o orifício anal, palpado na apresentação pélvica.

Conduta

Importa nesta situação saber onde se encontra o mento (queixo) fetal.

- Se o mento estiver anterior (junto à sínfise púbica) a apresentação pode descer ao canal do parto, a cabeça flexiona-se e dá-se o parto.
- Se o mento estiver posterior (junto ao sacro) o parto não se realizará porque a cabeça não se pode flexir e a conduta é a cesariana. A paciente deve ser referida para uma unidade sanitária com capacidade cirúrgica (vide conduta no trabalho de parto obstruído).



Fonte: <http://www.naturalhealthtutoring.com/terminology-vertex-presentation-or-cephalic-presentation/>

Figura 3: Apresentação de face.

3.2.5. Apresentação Composta

Definição

Nesta apresentação ao toque vaginal observa-se a cabeça e prolapso de um membro superior (braço ou mão).

Conduta

- Parto espontâneo pode dar-se em fetos pequenos;
- Tentar a redução do membro, empurrar a cabeça para cima e aguardar uma contracção para que ela se encaixe na cavidade pélvica;
- Se esta tentativa não for possível transferir a doente para uma US onde é possível a cesariana (vide conduta no trabalho de parto obstruído).



Fonte: WHO

Figura 4: Apresentação composta.

3.2.6. Apresentação Pélvica

Definição

É aquela em que a parte apresentada é a pélvis fetal.

Quadro Clínico

- À palpação abdominal a cabeça encontra-se na parte superior do abdómen e as nádegas na pélvis.
- O foco fetal ouve-se num dos quadrantes superiores do abdómen (a nível do umbigo ou acima).
- Ao toque vaginal identifica-se a pélvis e ou os pés no canal de parto. Durante o trabalho de parto pélvico é frequente o LA apresentar mecónio espesso que é expulso pelo feto devido às contracções uterinas sobre o abdómen fetal.
- Pode-se palpar o orifício anal, e este pode ser confundido com a boca, na apresentação de face. O clínico deve diferenciar estas duas situações com base nos outros parâmetros avaliados (cabeça na parte superior do abdómen, líquido amniótico com mecónio, FCF nos quadrantes superiores do abdómen).

Conduta

Todos os partos com apresentação pélvica, deveriam ser assistidos em unidades sanitárias com capacidade cirúrgica. Dependendo da apresentação, podemos considerar dois tipos de partos:

Cesariana

É obrigatória cesariana em toda mulher com apresentação pélvica acompanhada de qualquer outra complicação nomeadamente:

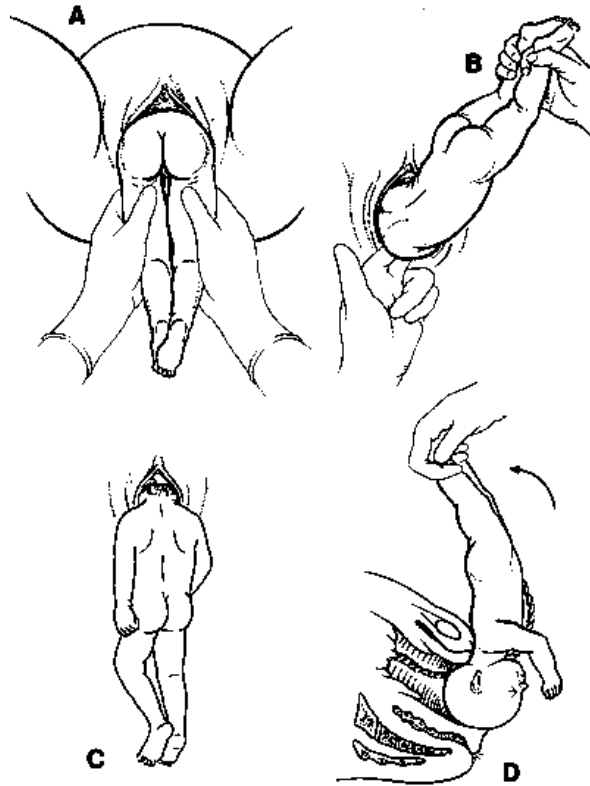
- Apresentação incompleta, modo podálico, devido ao grande risco de prolapso do cordão;
- Feto grande;
- Miomas;
- Cesariana anterior;
- História obstétrica carregada (antecedentes de nados mortos e mortos neonatais);
- Trabalho de parto arrastado;

Parto vaginal

Há rotinas que devem ser efectuadas em todos os partos pélvicos:

- Deve-se efectuar numa mesa de parto com suporte para as pernas, ou deitando-se a parturiente transversalmente numa cama normal, com as nádegas no rebordo da cama e as pernas apoiadas em 2 cadeiras, isto é importante para que o tronco fetal fique pendurado e ajude a descida da cabeça utilizando a força da gravidade.
- Deve-se fazer uma episiotomia ampla no momento em que as nádegas aparecem na vulva.
- Poderá um assistente aplicar força moderada no fundo do útero, de modo a ajudar as forças expulsivas maternas e manter a cabeça flectida.
- Não se deve tocar no feto até ao aparecimento de uma omoplata na vulva. No entanto, quando aparece o umbigo, uma ansa com o cordão umbilical deve ser feita, para evitar a tensão no cordão que irá impedir a circulação materno-fetal. Também possibilita o controlo do foco fetal pela palpação.
- Quando aparece a omoplata, o tronco deve ser flectido para baixo sem tracção de forma a libertar o ombro anterior. Se necessário pode libertar-se usando o dedo indicador.

- Faz-se a rotação do tronco no sentido oposto para libertar o ombro posterior ou levanta-se o tronco do feto para cima libertando também deste modo o ombro posterior.
- De seguida deixa-se o corpo do feto pendurado permitindo a descida da cabeça em flexão até que o occipital (raízes dos cabelos da nuca) apareça por baixo da sínfise púbica.
- Por fim segura-se e elevam-se os membros superiores do feto suspendendo o tronco verticalmente. Quando aparece a face um assistente deverá limpar e aspirar as vias aéreas.
- Deve-se evitar a tracção do feto para baixo pois poderá provocar a extensão dos membros superiores e da cabeça dificultando a saída do feto. Esta manobra é uma causa importante de morte fetal e lesões maternas.
- **Quanto menos for a intervenção do assistente do parto melhor serão os resultados.**

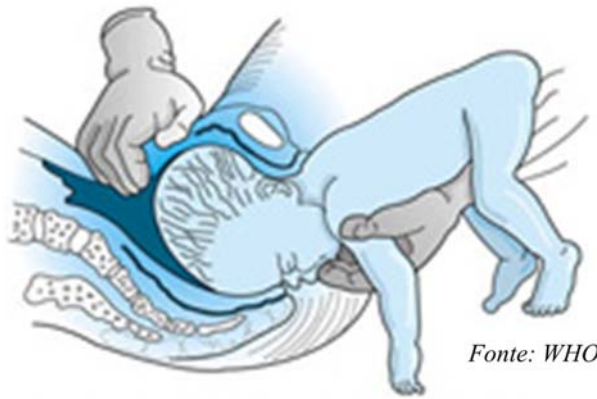


Fonte: WHO

Figura 5: Manobras para extracção de apresentação pélvica.

Extracção Parcial

- Esta manobra deve ser efectuada quando existe uma paragem durante o parto vaginal ou complicação com o cordão umbilical e o feto se encontra em sofrimento.
- Segurando a pélvis fetal com os dedos polegares sobre o sacro e os indicadores sobre as cristas ilíacas fetais, faz-se uma tracção moderada ao longo do eixo do canal de parto, sempre com uma pressão no fundo do útero. Depois de se visualizar uma omoplata, procede-se como descrito no parto vaginal.

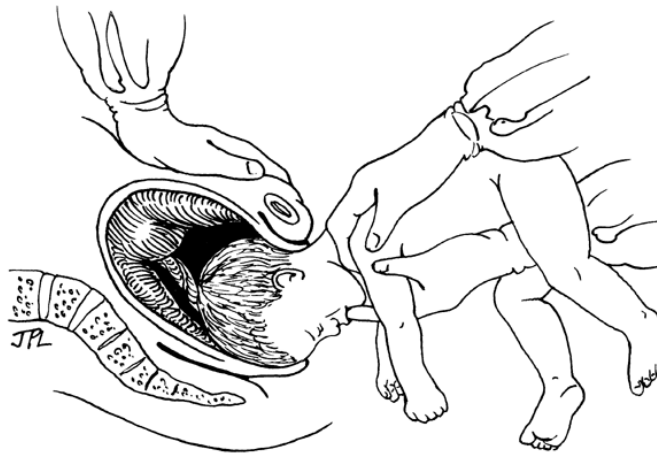


Fonte: WHO

Figura 6: Manobra para extracção parcial de apresentação pélvica.

Dificuldade da extracção da Cabeça

- É uma situação delicada em que há dificuldade na saída da cabeça. É uma causa frequente de morte fetal intraparto e peri-natal.
- As causas são: extensão da cabeça, extensão de um ou ambos braços, presença de dilatação cervical incompleta, e por vezes na DCP.
- *Manobra de Mauriceau* – é usada quando o feto se encontra com a face virada para o coxix materno: introduz-se a palma da mão esquerda debaixo do tronco do feto, o feto cavalga sobre o antebraço da parteira que introduz os dedos indicador e médio na boca e tracciona para baixo enquanto a outra mão actua sobre o occipital do feto empurrando-o. Estes dois movimentos efectuados ao mesmo tempo flectem a cabeça, com a ajuda do assistente que aplica uma força moderada no fundo do útero. Depois da flexão da cabeça com ambas mãos, eleva-se o feto para cima e solta-se a cabeça.



Fonte: <http://www.glowm.com/resources/glowm/cd/pages/v2/v2c076.html?SESSION=ph1s3dhcj69i9i1o16ncfe0mf1>

Figura 7: Manobra de Mauriceau.

- *Manobra de Praga* – quando o feto apresenta o mento virado para a sínfise púbica, aplica-se esta manobra, que consiste em puxar o feto pelos ombros, colocando 2 dedos da mesma

mão no pescoço fetal, enquanto a outra mão eleva os pés do feto para cima em direcção ao abdómen materno.



Fonte: <http://www.glowm.com/resources/glowm/cd/pages/v2/v2c076.html?SESSID=ph1s3dhcj69i9i1o16ncfe0mfl>

Figura 8: Manobra de Praga.

- Caso se apresente com um ou ambos membros superiores em extensão – segura-se o feto pela pélvis como já foi descrito na extracção parcial, faz-se a tracção do feto com rotação do tronco 90º graus com o dorso para cima, e um dos ombros em posição anterior. Depois segurando os pés eleva-se o tronco do feto e liberta-se o braço posterior. Para libertar o braço anterior faz-se o movimento para baixo.

Retenção da Cabeça última

- No caso de existir retenção de cabeça fetal por dilatação incompleta, a parturiente deve ser evacuada;
- Quando há desproporção céfalo-pélvica, a cabeça ficará irremediavelmente retida, neste caso passou o tronco por ser mais mole;
- Nesta situação é quase sempre inevitável a morte fetal intraparto, e a doente deverá estar em ou ser enviada para uma US com capacidade cirúrgica.

3.2.7. Situação Transversa

Definição

É a apresentação em que o eixo longitudinal do feto se encontra perpendicular ou oblíquo em relação ao eixo longitudinal materno.



Fonte: Moondragon

Figura 9: Situação transversa.

Quadro clínico

- Altura do fundo uterino é inferior a idade gestacional correspondente;
- O foco fetal ouve-se ao nível do umbigo;
- Ao toque vaginal a apresentação está alta e normalmente toca-se a axila, o ombro ou as costelas do feto. Por vezes há prolapso do braço;
- Com frequência há rotura prematura das membranas;
- É frequente o prolapso do cordão.

Conduta

- Transferir para cesariana (vide conduta no trabalho de parto obstruído).

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

- 4.1** O trabalho de parto arrastado pode ser devido a factores mecânicos e motores. Dos factores mecânicos, as apresentações viciosas são uma causa importante.
- 4.2** O trabalho de parto obstruído (distócia mecânica) define-se como o trabalho de parto que não progride devido à factores mecânicos, apesar de contracções uterinas fortes.
- 4.3** Na apresentação pélvica, pode-se palpar o orifício anal, que deve ser diferenciado do orifício bucal através da verificação de outros sinais de apresentação pélvica (cabeça na parte superior do abdómen, líquido amniótico com mecónio, FCF nos quadrantes superiores do abdómen).
- 4.4** O parto vaginal pélvico, exige o cumprimento de manobras específicas e quanto menos o assistente intervir melhor.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva II: Obstetrícia	Nº da Aula	16
Tópico	Trabalho de Parto	Tipo	Teórica
Conteúdos	Complicações do Trabalho de Parto	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever a apresentação clínica, causas e manejo de emergência e encaminhamento das seguintes complicações:
 - a. Sofrimento fetal e morte fetal intra-uterina;
 - b. Gravidez múltipla não diagnosticada;
 - c. Segundo gémeo retido.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução a Aula		
2	Complicações Trabalho de Parto		
3	Pontos-Chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

- Cunningham FG. Williams/Obstetrícia. 20ª Edição. Guanabara Koogan; 2000.
- DeCherney A. Obstetrícia e Ginecologia Diagnóstico e Tratamento. 9ª Edição. McGraw-Hill InterAmericana do Brasil; 2003.
- Machungo F, et al. Manual de cuidados obstétricos essenciais. 1ª Edição. MISAU; 2002.
- Povey. Conduta obstétrica. 1ª Edição. MISAU; 1990.
- MISAU. Normas Nacionais de Assistência ao Parto, as Recém-nascido e às Complicações Obstétricas e Neonatais, 1ª edição, 2011.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: COMPLICAÇÕES DO TRABALHO DE PARTO

2.1 Sofrimento Fetal Agudo

Abordamos neste capítulo o sofrimento fetal agudo, que ocorre no fim da gravidez ou durante o trabalho de parto. O sofrimento fetal crónico, resultante da insuficiência placentar, torna o feto mais vulnerável ao sofrimento fetal agudo e pode fazer com que as sequelas deste sejam mais graves.

2.1.1. Etiologia

- **Hipertonia uterina.** Contrações uterinas excessivas e prolongadas diminuem a perfusão placentar. Isto ocorre nas contrações hipertónicas espontâneas no trabalho de parto. Uma causa comum é a contração tetânica resultante de administração oxitócica de forma imprudente.
- **Trabalho de parto arrastado.** Uma pressão excessiva na cabeça fetal por um período longo provoca uma diminuição da perfusão cerebral.
- **Descolamento prematuro da placenta.** Há rompimento da circulação materno fetal, e consequente privação do aporte de oxigénio ao feto.
- **Acidentes do cordão umbilical.** Ansa do cordão à volta do pescoço ou do tronco fetal, nó verdadeiro, estiramento do cordão curto durante a descida do feto, compressão do cordão pela apresentação fetal quando há prolapso deste, são situações que diminuem a circulação feto-placentar.
- **Anemia fetal.** Provocada por transfusão feto-materna ou transfusão gêmeo a gêmeo.
- **Amnionite.** A sépsis intrauterina aumenta o metabolismo e as necessidades de oxigénio do feto, manifestando-se em taquicardia. Quando o sistema circulatório fetal torna-se incapaz de satisfazer as necessidades aumentadas do feto, produz-se a síndrome de sofrimento fetal agudo.

2.1.2. Fisiopatologia

O mecanismo mais importante é a hipoxia cerebral do feto. Qualquer factor que diminua a chegada de oxigénio ao feto (especialmente ao cérebro) produzirá este síndrome, e se for grave e prolongado, resultará em lesão cerebral e morte.

2.1.3. Quadro Clínico

Os sinais de sofrimento fetal são:

- Anomalias do ritmo cardíaco fetal:
 - Arritmias persistentes durante o trabalho de parto.
 - Bradicardia (frequência cardíaca <120/min), que durante a contração justifica a vigilância, mas se persistir após contração é sinal de sofrimento.
 - Taquicardia (frequência cardíaca > 160/min).

A taquicardia fetal pode ser causada por condições maternas (febre, medicamentos, infecções, etc). Na ausência de taquicardia materna, a taquicardia fetal deve ser considerada indício de sofrimento fetal.

- Aparecimento de mecónio:
 - A presença de mecónio (fezes fetais) ocorre normalmente no líquido amniótico e por si só não é indicador de anomalia.
 - Quando há sofrimento fetal, são evacuadas em quantidades aumentadas como resultado dos espasmos dos músculos abdominais do feto, provocados pela hipoxia fetal. O líquido amniótico que normalmente é claro aparece tingido (amarelo, verde ou castanho) e mais espesso, dependendo da quantidade de mecónio presente.
 - Na apresentação pélvica, é um acontecimento normal porque resulta da compressão do abdómen fetal pelas contracções durante a descida pelo canal de parto, não significando necessariamente sofrimento fetal.

2.1.4. Conduta

- Suspender a oxitocina (se estiver a ser administrada);
- Recomendar repouso em decúbito lateral esquerdo;
- Administrar oxigénio;
- Se for identificada uma causa (descolamento prematuro da placenta, infecções, etc), iniciar com os procedimentos para resolução;
- Se os sinais de sofrimento fetal persistirem, o parto deverá ser terminado rapidamente, se possível por via vaginal com ventosa (se colo e descida da apresentação favoráveis), ou por cesariana.

2.2 Morte Fetal Intra-Uterina

2.2.1. Definição

Em Moçambique, é definida como a morte de um produto da concepção com peso igual ou superior a 1000g, ou tendo uma idade gestacional igual ou superior a 28 semanas, e o produto expulso é um nado morto. A morte de um produto de concepção sem estes parâmetros considera-se aborto.

2.2.2. Etiologia

- Anomalias de desenvolvimento (ex. malformação cardíaca; anencefalia);
- Doenças transmissíveis (ex. malária; TORCHS);
- Insuficiência placentar (ex. distúrbios hipertensivos, gravidez pós-termo);
- Descolamento prematuro da placenta;
- Acidentes do cordão umbilical.

2.2.3. Quadro clínico e diagnóstico

O diagnóstico de morte fetal pode ser difícil. Aconselhável é enviar para diagnóstico ecográfico, perante suspeita clínica.

- A mãe refere ausência de movimentos fetais e os sinais subjectivos de gravidez (náuseas, tensão das mamas) desaparecem.

- Ao exame: identifica-se paragem de crescimento da altura uterina (podendo até diminuir) e cessação do aumento do peso materno.
- A ausência de actividade cardíaca fetal é detectada através da auscultação com fetoscópio de Pinnard ou com Ecografia
- Onde não há ecografia, pode-se recorrer ao raio X. os sinais radiológicos de morte fetal aparecem geralmente ao fim de cinco dias:
 - Gás de decomposição aparece no coração e nos grandes vasos do tórax e do abdómen;
 - Edema do couro cabeludo aparece como um “ halo” rodeando o crânio;
 - Os ossos do crânio sobrepõem-se devido ao amolecimento do tecido conjuntivo;
 - Hiperflexão da coluna dorsal devido à perda de tónus muscular.
- Amniocentese apresenta um líquido escuro e fétido, resultado da decomposição dos tecidos fetais.

2.2.4. Complicações

- Trauma psicológico materno, que pode ser grave, particularmente se o intervalo entre a morte fetal e o parto for grande;
- Amnionite;
- Distúrbios de coagulação.

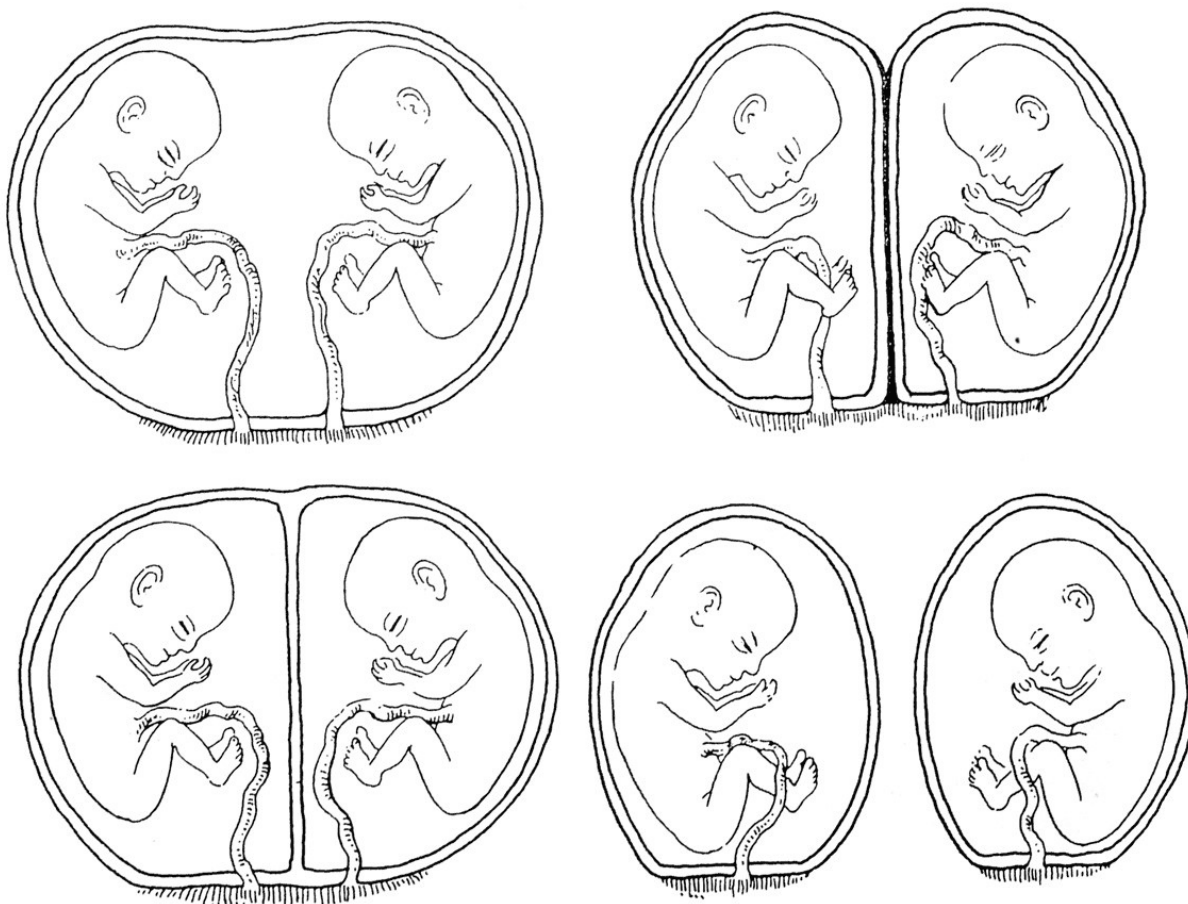
2.2.5. Conduta

A conduta pode ser expectante ou activa.

- Conduta expectante:
 - Deve-se esperar pelo início de trabalho de parto espontâneo nas 4 semanas seguintes, prestar apoio emocional e tranquilizar a mulher;
- Conduta activa: se após 4 semanas de conduta expectante não tiver iniciado o trabalho de parto, se não for possível determinar a data de morte fetal ou se o número de plaquetas estiver a reduzir (suspeita de coagulopatia):
 - Indução de parto vaginal: se colo favorável (mole, fino, parcialmente dilatado) induzir com oxitocina ou misoprostol, e caso não esteja induzir com misoprostol;
 - Não se deve romper as membranas para evitar risco de infecção;
 - Referir para cesariana se ocorrer falência da indução.
- O tratamento com antibióticos está indicado, caso haja sinais de toxicidade sistémica, compatíveis com infecção, o que geralmente acontece, quando o feto sem vida permanece por muito tempo na cavidade uterina.

2.3 Gravidez Múltipla

A gravidez gemelar resulta de dois mecanismos diferentes. Nos gémeos monozigóticos um único óvulo fertilizado divide-se, produzindo dois indivíduos geneticamente idênticos. Nos gémeos dizigóticos são libertados e fertilizados dois óvulos ao mesmo tempo.



Fonte: <http://doublebabies.blogspot.com/2010/12/you-can-never-have-too-many-placentas.html>

Figura 9: Tipos de apresentação gemelar.

2.3.1. Quadro clínico

No nosso meio, em muitas maternidades, mais de metade das gestações gemelares só são diagnosticadas no momento da expulsão, por falta de meios auxiliares diagnósticos que permitem um diagnóstico mais preciso desta condição. Contudo, é possível o diagnóstico com base em aspectos clínicos:

- À palpação:
 - Útero anormalmente grande para idade gestacional, geralmente a altura uterina está aumentada em 4cm, em relação à esperada.
 - Número não usual de extremidades.
 - Mais de um pólo cefálico.
 - Cabeça ou cabeças são pequenas, em comparação com o grande volume uterino.
- Auscultação: com identificação positiva de dois focos fetais, podendo ser difícil com o estetoscópio de Pinnard, neste caso batem 2 corações com uma zona silenciosa (de pelo menos 10 cm) entre eles.

2.3.2. Complicações

O não reconhecimento atempado da gravidez múltipla cria uma falta de previsão, e consequentemente, falta de medidas de actuação para situações de alto risco que podem ser desastrosas, nomeadamente:

- Aborto espontâneo tem frequência/incidência aumentadas;
- Anomalias fetais, duas vezes mais frequentes;
- Anemia e malnutrição materna são mais frequentes devido a demanda excessiva;
- Pré-eclampsia, três vezes mais frequente;
- Infecções das vias urinárias mais frequentes;
- Polihidrâmnios;
- Insuficiência placentar com consequente atraso de crescimento;
- Trabalho de parto pré-termo, devido a distensão uterina excessiva;
- Apresentações viciosas devido ao polihidrâmnios e ao baixo peso;
- Placenta prévia, devido a maior extensão de superfície placentar;
- Descolamento prematuro da placenta, devido à distensão uterina excessiva;
- Prolapso do cordão devido ao baixo peso, apresentações viciosas e polihidrâmnios;
- Contrações uterinas fracas, retenção placentar e atonia uterina pós-parto devido à distensão uterina excessiva;
- Mortalidade perinatal;
- Mortalidade materna, por complicações hemorrágicas bem como infecciosas.

2.3.3. Conduta

Durante a gravidez: alimentação adequada e repouso durante as últimas semanas de gestação

Durante o parto, a conduta depende do tipo de apresentação:

Primeiro gêmeo

Pode estar em apresentação cefálica, pélvica ou de espádua.

Neste caso, o parto dá-se por via vaginal ou por cesariana, de acordo com os critérios habituais (conduta no trabalho de parto de acordo com a apresentação).

Segundo gêmeo

A mortalidade é duas vezes maior, em relação ao primeiro, na maioria das vezes devido a prolapso do cordão ou ao deslocamento prematuro da placenta.

- Deve-se fazer imediatamente uma observação bimanual para:
 - Determinar se há prolapso do cordão;
 - Diagnosticar a apresentação do segundo feto (que pode variar logo após expulsão do 1º);
 - Determinar se as membranas (do segundo gêmeo) estão rotas ou não.
- Durante o intervalo das contrações, controlar os batimentos cardíacos fetais.

No caso de apresentação cefálica:

- Se a cabeça não estiver encaixada, tentar manipular para que encaixe na pélvis.
- Se as membranas estiverem intactas, rompê-las.

- Se as contracções forem fracas, colocar Oxitocina 10UI + Glicose 5% 1000ml cerca de 60 gotas/minuto (vide critérios de indução de contracções com oxitocina).
- Se cabeça não desce, aplicar ventosa (é a única indicação em que se admite a aplicação de ventosa à cabeça não encaixada).
- Se não resultar, nenhuma das manóbras acima, efectuar cesariana.

No caso de apresentação pélvica:

- Efectuar parto pélvico ou cesariana de acordo com os critérios habituais.

No caso de apresentação de espádua:

- Efectuar versão interna e extracção podálica, se o segundo gémeo não é maior do que o primeiro e se o colo continua ainda completamente dilatado.
- Em caso de dúvida, cesariana.

Em geral, excepto em algumas excepções, todos os casos de complicações do trabalho de parto devem ser manipulados em unidades sanitárias com capacidade cirúrgica. Antes de transferir, é necessário prestar cuidados básicos (aconselhamento da parturiente e família, algaliação), e estabilizar (fluidoterapia, oxigenoterapia, transfusão sanguínea, antibioterapia, mediante critérios clínicos apresentados) a parturiente.

BLOCO 3: PONTOS-CHAVE

- 3.1** Os sinais de sofrimento fetal agudo são as anomalias do ritmo cardíaco fetal e o aparecimento de mecónio no L.A. A hipóxia (sobretudo cerebral) é o mecanismo principal de patologia e morte fetal.
- 3.2** A taquicardia fetal pode ser causada por condições maternas associadas a taquicardia (febre, medicamentos, infecções, etc). Na ausência de taquicardia materna, a taquicardia fetal deve ser considerada indício de sofrimento fetal.
- 3.3** A ausência de movimentos fetais e de actividade cardíaca são sinais de morte fetal, devendo ser de imediato confirmada para se decidir a conduta a tomar, evitando as complicações.
- 3.4** Os sinais indicativos de gravidez múltipla, são:
- Útero anormalmente grande para idade gestacional, geralmente a altura uterina está aumentada em 4cm, em relação à esperada.
 - Número não usual de extremidades.
 - Mais de um pólo cefálico.
 - Cabeça ou cabeças são pequenas, em comparação com o grande volume uterino.
 - Auscultação: com identificação positiva de dois focos fetais com uma zona silenciosa (de pelo menos 10 cm) entre eles.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva II: Obstetrícia	Nº da Aula	17
Tópico	Trabalho de Parto	Tipo	Teórica
Conteúdos	Complicações do trabalho de parto	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever os sinais e sintomas, manejo de emergência e condições para encaminhamento das seguintes complicações do 3º estágio: placenta retida, atonia uterina, inversão uterina.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à aula		
2	Complicações do Trabalho de Parto		
3	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

- Cunningham FG. Williams/Obstetrícia. 20ª Edição. Guanabara Koogan; 2000.
- DeCherney A. Obstetrícia e Ginecologia Diagnóstico e Tratamento. 9ª Edição. McGraw-Hill InterAmericana do Brasil; 2003.
- Machungo F, et al. Manual de cuidados obstétricos essenciais. 1ª Edição. MISAU; 2002.
- Povey. Conduta obstétrica. 1ª Edição. MISAU; 1990.
- MISAU. Normas Nacionais de Assistência ao Parto, as Recém-nascido e às Complicações Obstétricas e Neonatais, 1ª edição, 2011.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: COMPLICAÇÕES DO TRABALHO DE PARTO

Nesta aula, serão descritas as complicações do período pós parto imediato, ou seja, do 3º estágio do trabalho de parto. São todas essencialmente hemorrágicas, e muitas vezes relacionam-se com a saída ou expulsão da placenta.

2.1. Placenta Retida

A dequitação (ou expulsão da placenta) resulta da contracção contínua do útero, o que provoca o descolamento e expulsão da placenta através do canal de parto. Normalmente a placenta deve ser expulsa até o máximo de meia hora após à saída do feto.

Retenção placentar é diagnosticada quando a placenta não é expulsa na meia hora que se segue à expulsão fetal.

2.1.1. Etiologia

As causas da retenção placentar são:

Atonia uterina

Está associada aos mesmos factores que inibem as contracções uterinas durante o trabalho de parto e distensão excessiva do útero (gravidez gemelar, polihidrâmios).

Contracção uterina tónica

A placenta pode estar encarcerada devido a uma contracção prolongada, que relativamente fecha o canal do parto ou cérvix antes da descida da placenta. Pode ser devida:

- Ao trabalho de parto difícil, com anel de retracção patológico;
- A excessiva massagem uterina pelo assistente ao parto após o descolamento e antes da descida da placenta;
- A administração de doses excessivas de ergometrina ou de oxitocina após a expulsão do feto.

Placenta acreta

É uma anomalia na qual as vilosidades da placenta se implantam directamente no miométrio (camada muscular). É portanto uma implantação da placenta para além da camada endometrial de decídua onde normalmente se forma o plano de clivagem.

Não havendo um plano normal de clivagem, o descolamento da placenta acaba sendo difícil e hemorrágico.

2.1.2. Quadro clínico e Complicações

Manifesta-se essencialmente pela ausência de expulsão da placenta na primeira meia hora depois do parto e por sangramento.

As complicações da placenta retida são:

Hemorragia: pode ocorrer quando a placenta se separa mas fica no segmento superior do útero.

Infecção: ocorre após a retenção prolongada, como é frequente nas áreas rurais e também após procedimentos invasivos como remoção manual da placenta.

Perfuração uterina: pode acontecer durante a remoção manual da placenta.

Inversão uterina: pode resultar de tracção exagerada do cordão e da pressão sobre o fundo do útero com vista a extrair a placenta (descrito adiante).

2.1.3. Conduta

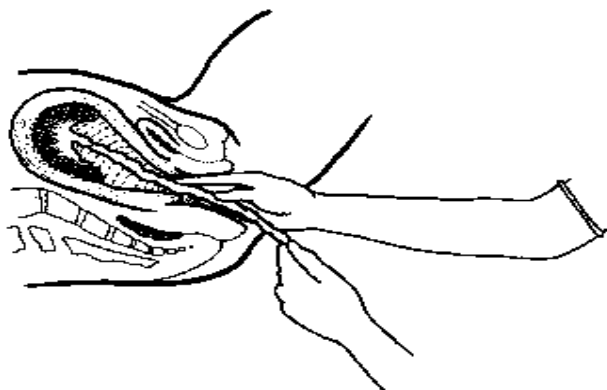
Os princípios do tratamento são: 1) esvaziar o útero; 2) contraí-lo; 3) estabilização da hemodinâmica da paciente. São os seguintes:

- Avaliar os sinais e proceder com a estabilização hemodinâmica (descrito na aula 18);
- Aliviar de modo a esvaziar a bexiga e a mantê-la vazia;
- Administrar oxitocina, 40 UI em 1000ml de dextrose a 5% (ou lactato de ringer, soro fisiológico), a uma velocidade de 40 gotas por minuto;
- Tentar a tracção controlada do cordão. Se for bem-sucedida, examinar a placenta para assegurar que está completa, manter o útero contraído massajando o fundo.
- Se a tracção não for bem-sucedida, deve-se fazer exame vaginal. Se se sentir a placenta saindo através do colo deve-se segurá-la com dedos e com firmeza retirá-la do útero, enquanto a outra mão apoia o útero através da parede abdominal.

Se a placenta não pode ser expulsa, deve-se fazer a remoção manual (descrita abaixo) depois de proceder com a estabilização hemodinâmica.

Técnica de Remoção Manual da Placenta

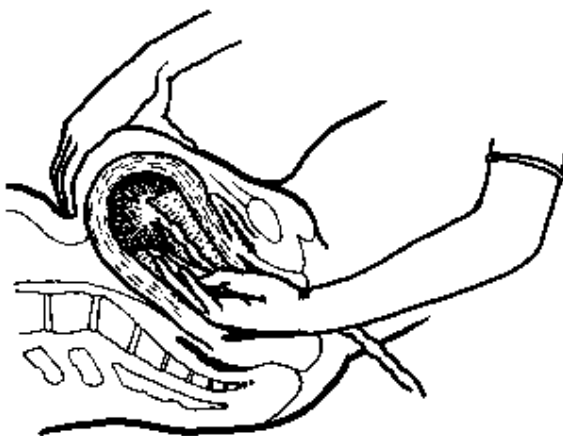
- Desinfetar à volta da vagina e área perineal com uma solução antisséptica
- Lavar bem as mãos e os braços
- Calçar as luvas estéreis. Em seguida a mão que será introduzida na vagina deverá calçar a luva comprida (que cobre o antebraço) e estéril por cima da curta. Isto irá prevenir a introdução das bactérias a partir do antebraço.
- Introduzir uma mão com a forma de cone, afunilando as pontas dos dedos na vagina, enquanto a outra segura o cordão umbilical. Com uma rotação suave e passando através do orifício cervical chega-se até a cavidade uterina. Seguir o cordão até encontrar a placenta (uma vez introduzida a mão no útero não pode sair até ter separado a placenta e trazê-la consigo). **Não se pode meter e tirar a mão pois aumenta o risco de infecção.**



Fonte: WHO

Figura 1: Entrada da mão no útero.

- Alcançar a placenta e procurar os bordos. Introduzir os dedos entre o bordo da placenta e a parede uterina. Com a palma da mão em contacto com a placenta, use movimentos laterais, para com delicadeza separar a placenta. Não despedaçar a placenta (não romper com dedos).
- Quando toda a placenta estiver separada e na palma da mão, estimule uma contracção com a mão externa.



Fonte: WHO

Figura 2: Separação da placenta do útero.

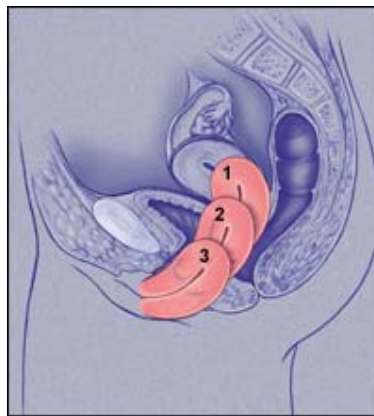
- Delicadamente tirar a placenta com a mão exploratória, durante a contracção. Não puxar um pedaço da placenta porque ela pode separar-se do resto da placenta. As membranas seguirão a placenta expulsa. Puxe-as lentamente e cuidadosamente pois elas podem separar-se e ficar no útero, dando origem a hemorragia ou infecção.
- Examinar a placenta removida e verificar se está completa.
- Explorar a cavidade uterina com a mão, para ver se há qualquer resto placentário (disco placentário ou membranas).
- Massajar o útero para ter certeza de que está contraído.
- Feita a remoção administrar Oxitocina 10UI e Metilergometrina (excepto nas hipertensas) 0.5mg IM ou EV e massajar o útero para ajudar a contrair-se.

- Se ainda houver pedaços de placenta retidos e a mulher precisar de curetagem, fazer curetagem.
- Iniciar antibióticos de largo espectro e oxitócicos, mantê-los **por 5 dias**:
 - Ampicilina 1g 6/6h endovenoso (passar para oral após 24 horas de tratamento se não houver complicações: amoxicilina 500 a 1000 mg oral de 8/8 horas até completar 5 dias de tratamento).
 - Metronidazol 500mg 8/8h oral
 - Metilergometrina 0.5mg 8/8h oral (3 dias)
- Se todas as medidas não resultarem, transferir a parturiente.

2.2. Inversão Uterina

2.2.1. Definição

É uma situação rara em que o útero se inverte durante a dequitação



Fonte: AAFP

Figura 3: Graus de inversão uterina.

2.2.2. Factores predisponentes e Etiologia

Factores Predisponentes (situações que provocam flacidez uterina)

- Grande multiparidade
- Feto macrossómico
- Gravidez gemelar
- Polihidrâmnios

Causas Directas

- Cordão umbilical curto ou placenta acreta provocam tracção excessiva no fundo uterino.
- Geralmente há aplicação de força excessiva pelo assistente ao parto na tentativa de dequitação, seja por pressão externa excessiva, tracção do cordão excessiva ou mecanismo combinado.

2.2.3. Classificação

A inversão uterina pode ser de 3 graus:

- 1º grau: o fundo do útero aparece na vagina;
- 2º grau: o fundo do útero aparece na vulva
- 3º grau: existe um prolapso do útero invertido (útero, cérvix e vagina fora da vulva)

2.2.4. Quadro Clínico

- Dor ligeira ou intensa;
- Hemorragia discreta ou abundante;
- À palpação abdominal não se encontra o fundo do útero;
- Toque vaginal revela um útero invertido na vagina ou na vulva.

2.2.5. Complicações

- Hemorragia pós-parto e choque principalmente se a inversão for incompleta e não for diagnosticada imediatamente.
- Infecção uterina e sépsis.
- Necrose uterina, que pode ocorrer se o útero não for recolocado rapidamente. O anel de retracção impede a circulação sanguínea e assim há necrose, que em situações raras pode chegar a amputação do útero e choque hemorrágico fatal.

2.2.6. Conduta

Se a inversão for reconhecida imediatamente nos primeiros 5-10 minutos fazer a reposição da seguinte maneira:

- Coloque uma mão no abdómen para exercer contrapressão.
- Coloque outra mão devidamente lavada e enluvada na vagina até encontrar o fundo do útero prolapsado.
- Aplique uma pressão constante e suave sobre o fundo, de modo a que este vá para cima através do canal de retracção até a posição normal do útero.
- Em seguida dê metilergometrina 0.5mg IM e inicie antibióticos (ampicilina e metronidazol).
- **Se houver hemorragia abundante**, aplique a conduta de choque (aula 18).
- Nos casos em que a **inversão ocorreu há mais de 30 min., não tentar reposição**. Dar Ampicilina 1g EV e TRANSFERIR para um hospital com capacidade cirúrgica, o mais urgente possível.

2.3. Atonia Uterina

2.3.1. Definição

É a incapacidade do útero contrair-se adequadamente após a expulsão do feto. É a causa mais frequente de hemorragia pós-parto.

2.3.2. Etiologia

Interferência com o processo de contracção do útero

- Placenta retida
- Restos placentares (disco placentar e membranas)
- Bexiga cheia

- Descolamento prematuro da placenta

Útero hiper-distendido durante a gravidez

- Gravidez gemelar
- Polihidrâmnios
- Feto grande
- Miomas uterinos

Útero (miométrio) Exausto

- Multiparidade
- Trabalho de parto arrastado

2.3.3. Quadro Clínico

Os sinais encontrados são:

- Útero está distendido, mole e não tem tónus.
- As perdas hemáticas vaginais podem ser moderadas ou abundantes.
- De acordo com o volume de sangue perdido poderá haver sinais de pré-choque ou choque.

2.3.4. Conduta

A conduta é a mesma que para hemorragia pós-parto (descrita na aula 18).

BLOCO 3: PONTOS-CHAVE

- 3.1.** Logo após o parto e durante o período da dequitação, o útero deve ser palpado para detecção de atonia e de sangramento intra-uterino, que se manifestam por aumento de volume uterino.
- 3.2.** Não se deve massajar o útero após o desprendimento placentar e antes da expulsão completa deste, pois pode-se provocar uma contracção prolongada que resulte em retenção placentar.
- 3.3.** Após a saída da placenta, todo o conjunto de anexos, cordão e membranas, devem ser cuidadosamente examinados, pois as anormalidades destes podem apontar para a necessidade de procedimentos para retirada de restos intra-uterinos, para evitar hemorragias graves e infecções.
- 3.4.** As complicações do 3º estágio causam hemorragia (visível ou oculta), por isso deve-se dar atenção ao volume de sangue perdido, para tomar medidas de estabilização hemodinâmica adequadas.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva II: Obstetrícia	Nº da Aula	18
Tópico	Trabalho de Parto	Tipo	Teórica
Conteúdos	Complicações do trabalho de parto	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever os sinais, sintomas, manejo de emergência e condições para encaminhamento das seguintes complicações do 4º estágio do trabalho de parto: hemorragia pós parto, choque.
2. Descrever os cuidados pós-operatórios a prestar após uma cesariana.
3. Aconselhar a mulher como cuidar da ferida em casa.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Complicações do Trabalho de Parto		
3	Cesariana e Parto		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

- Machungo F, et al. Manual de cuidados obstétricos essenciais. 1º Edição. MISAU; 2002.
- Povey. Conduta obstétrica. 1º Edição. MISAU; 1990.
- Cunningham FG. Williams/Obstetrícia. 20ª Edição. Guanabara Koogan; 2000.
- DeCherney A. Obstetrícia e Ginecologia Diagnóstico e Tratamento. 9ª Edição. McGraw-Hill InterAmericana do Brasil; 2003.
- Machungo F, et al. Manual de cuidados obstétricos essenciais. 1º Edição. MISAU; 2002.
- Povey. Conduta obstétrica. 1º Edição. MISAU; 1990.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: COMPLICAÇÕES DO TRABALHO DE PARTO

Nesta aula, será descrita a principal complicação do 4º estágio do trabalho – a hemorragia pós parto e choque secundário.

2.1. Hemorragia Pós-Parto e Choque

A hemorragia pós-parto imediato ou precoce, é a causa mais frequente de morte materna nos países em vias de desenvolvimento, sendo por isso importante que o TMG e outros profissionais de saúde, sejam capazes de prevenir e de tratar esta situação.

2.1.1. Definição

- A hemorragia pós-parto imediato é definida como a perda de 500ml ou mais de sangue nas primeiras 24h após a dequitação.
- A hemorragia pós-parto tardia é aquela que ocorre após 24h.

Nalguns casos a hemorragia pode ser lenta e contínua e só se descobrir quando a paciente já tiver complicações, por isso no nosso país, após o parto a mulher é observada em regime de internamento por pelo menos 24 horas, independentemente da presença de complicações ou não.

Se a parturiente estiver com anemia, mesmo perdas sanguíneas <500ml podem deteriorar a sua condição. Por isso é aconselhado o manejo da dequitação com oxitocina, considerando que geralmente em Moçambique muitas mulheres apresentam algum grau de anemia durante a gravidez.

2.1.2. Etiologia

- Restos placentares
- Atonia uterina
- Traumatismo do canal de parto
- Rotura uterina
- Inversão uterina

2.1.3. Clínica

- Hemorragia vaginal
- Útero volumoso e mole

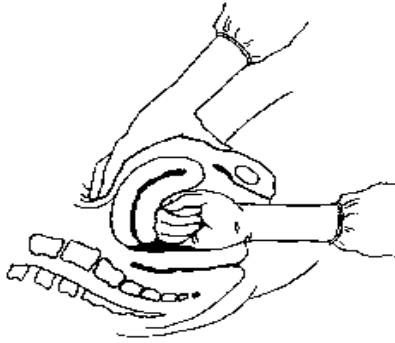
A estes Os sinais e sintomas associam-se os do pré-choque e de choque, dependendo do volume do sangramento e do estado de saúde prévio da mulher:

- Pré-choque
 - Alerta, ansiosa
 - Pulso ligeiramente aumentado
 - Respiração ligeiramente aumentada (FR> 30)
 - Palidez das mucosas

- Tensão arterial baixa (TA sistólica <90)
- Débito urinário > 30ml/h
- Choque
 - Confusão, inconsciente
 - Pulso rápido e fraco
 - Respiração rápida e superficial
 - Palidez das mucosas e pele fria
 - TA baixa
 - Débito urinário <30ml/h

2.1.4. Conduta na Hemorragia Pós-Parto

- Chame outro técnico de saúde para ajudar a resolver esta situação e providencie transporte para transferência (para unidade sanitária com capacidade cirúrgica);
- Estimule uma contracção para eliminar coágulos remanescentes (peça ao ajudante para comprimir o útero e fazer massagem uterina);
- Tire sangue para o teste de compatibilidade e grupo sanguíneo enquanto cateteriza 2 veias de grosso calibre.
- Administre 1000 ml de fluído (Lactato de Ringer, NaCl 0.9% ou dextrose 5%) mais Oxitocina 40UI EV.
- Administre Metilergometrina inj. 0.5mg EV ou IM e 0.5 mg directamente no músculo uterino (através da parede abdominal).
- Avalie a condição da doente (Pulso, TA, Cor, Consciência, tónus do útero) e estime a quantidade de sangue que foi perdida.
- Se a mulher estiver em choque:
 - Certifique-se da permeabilidade das vias aéreas
 - Vire a cabeça de lado (para evitar queda da língua e obstrução das vias)
 - Dê oxigénio 4-6l/min por máscara ou cânula nasal
- Administre um expansor plasmático (hemacel, plasmagel) de acordo com as necessidades na outra veia enquanto aguarda pelo sangue;
- Algalie para manter a bexiga vazia
- Verifique se a placenta e as membranas estão completas;
- Faça revisão manual da cavidade uterina, e se tiver restos poderá fazer uma curetagem usando uma cureta grande;
- Se a hemorragia persistir e o útero estiver bem contraído, examine a vagina e o colo para ver se há lacerações que deverão ser suturadas;
- Se apesar destas medidas a hemorragia persiste faça compressão bimanual do útero (mão dentro do canal de parto contra mão sobre o útero externa);



Fonte: WHO

Figura 1: Compresso bimanual do útero.

- Se houver sinais de presença de infecção (febre, arrepios, cheiro fétido), comece antibióticos de largo espectro.
- Mantenha os registros precisos.

2.1.5. Pontos Importantes da Transferência

- Utilize o meio de transporte mais rápido que estiver disponível.
- Mantenha a contração uterina através de massagem, compressão do útero, repita um oxitócico se necessário.
- Mantenha a bexiga vazia com cateter permanente.
- Mantenha a volêmia, coloque expansores plasmáticos ou sangue numa veia e soro com Oxitocina noutra.
- Controle os sinais vitais (pulso, TA, respiração, cor, consciência, volume da hemorragia).
- Mantenha a parturiente aquecida.
- Leve os registros precisos.

2.2. Traumatismo do canal de parto

2.2.1. Lacerações do períneo

As lacerações do períneo podem ser classificadas da seguinte maneira:

- Laceração do 1º grau:

Quando a laceração envolve a comissura posterior vulvar, a pele do períneo e mucosa vaginal. Os músculos do períneo estão intactos.

- Laceração do 2º grau:

Envolve, além das estruturas descritas no primeiro grau, os músculos perineais.

- Laceração do 3º grau:

Quando a laceração estende-se ao esfíncter anal, para além das estruturas referidas no 2º e 3º graus.

- Laceração do 4º grau:

Quando a laceração atinge a mucosa rectal, para além das estruturas atingidas no 3º grau.

A episiotomia (incisão cirúrgica da vulva e períneo), permite aumentar a abertura vulvar para a saída do feto e assim evita as lacerações irregulares do períneo, difíceis de corrigir e que causam sangramento descontrolado. Esta deve ser feita na presença de indicações específicas como posições viciosas, canal do parto estreito, hidrocefalia.

2.2.2. Parede vaginal e vulva

As lacerações da parede vaginal podem estender-se até ao fórnix posterior ou lateral. Quando a laceração ocorre nos 2/3 superiores chama-se laceração vaginal alta e geralmente está associada às lacerações cervicais ou perineais.

2.2.3. Lacerações do colo do útero

As lacerações cervicais, geralmente ocorrem lateralmente, em um lado ou ambos os lados do colo uterino. A laceração cervical alta pode envolver ramos da artéria uterina, causando uma hemorragia massiva.

Quadro clínico

Ocorre hemorragia do trato genital, com o útero bem contraído e duro. Nesta situação é necessário observar imediatamente o canal de parto para localizar o traumatismo.

Conduta

- Avaliar os sinais vitais da parturiente e estimar as perdas sanguíneas;
- Se apresentar sinais de choque, proceder com as medidas gerais e tratamento (vide acima);
- Administrar Oxitocina 20UI + L. Ringer ou Dextrose 5% ou soro fisiológico 1000ml.
- Colocar a mulher em posição ginecológica.
- Observar cuidadosamente todo o canal de parto e suturar as lacerações com cutgut cromado.
- Antibioterapia:
 - Ampicilina 1g 6/6h EV (1^{as} 24h) e depois Amoxicilina 500 a 1000 mg 8/8h durante 5 dias.
 - Metronidazol 500mg 8/8h oral durante 5 dias ou mais nos casos mais severos.
- Manter os registos.
- Se a puérpera não melhora, transferir para US com capacidade cirúrgica.

BLOCO 3: CESARIANA E PARTO

3.1. Definição

Cesariana é a intervenção cirúrgica que tem como objectivo extrair o produto de concepção e a placenta (disco placentário e membranas), através de uma laparotomia e incisão da parede abdominal e uterina.

3.2. Classificação

- Segundo antecedentes obstétricos da paciente:
 - *Primeira*: a que realiza pela 1^a vez.
 - *Prévia*: é quando existe antecedente de uma cesariana.
 - *Consecutiva*: a que se pratica em paciente com antecedentes de duas ou mais cesarianas.

- Segundo indicações:
 - *Electiva*: a que se programa para ser realizada em data determinada por alguma indicação médica e se executa antes do início do trabalho de parto.
 - *Urgente*: a que se pratica para resolver ou prevenir uma complicação materna ou fetal numa etapa crítica.

3.3. Indicações mais Frequentes

As principais indicações para cesariana são:

- Desproporção cefalo-pélvica e outras causas de distócias (trabalho de parto arrastando-se);
- Cesariana prévia;
- Sofrimento fetal;
- Ruptura prematura das membranas;
- Apresentação pélvica (sobretudo em primigesta).

3.4. Cuidados Pós-operatórios

Cuidados após cesariana incluem cuidados imediatos após a cesariana e os cuidados indicados para um período de semanas. Os cuidados imediatos são realizados pelo clínico que faz a cirurgia, e é geralmente este que prescreve os cuidados consecutivos. São os seguintes:

Cuidados consecutivos no período pós cesariana

- Medição dos sinais vitais de hora a hora durante as primeiras 4 horas e posteriormente em cada 8 horas até a alta da paciente.
- Vigilância da diurese nas primeiras 12 horas, e o início da micção espontânea depois de retirar a algália.
- Administração de líquidos orais depois de 8h; uma vez iniciado o peristaltismo iniciar com uma dieta mole.
- Deambulação paulatina a partir das 12h pós-operatória.
- Vigilância permanente de hemorragia vaginal e do estado de contracção uterina.
- Vigilância de sangramento de ferida cirúrgica.
- Abertura de penso dois dias pós-operatório.
- Após a alta, deve-se fazer penso de ferida em dias alternados.
- Reforço da orientação e aconselhamento em saúde reprodutiva através da comunicação interpessoal.
- Sem complicações, a alta pós-cesariana, pode ser dada 3 dias pós-operatório, (tomando sempre em consideração algumas situações locais particulares de longas distâncias).
- Retirada dos pontos da sutura aos 7 dias completos, após confirmar visualmente que não há atraso de cicatrização.

Após a alta, a paciente deverá receber aconselhamento sobre como cuidar da ferida:

- Lavar todos os dias durante o banho, com sabão “mainato”, passando a mão delicadamente pelos pontos de sutura (lavar bem as mãos primeiro, depois a ferida, e sempre antes do períneo).
- Manter sempre a ferida seca, sem humidade.

- Vestir sempre roupas confortáveis evitando, apertar a zona da incisão.
- Vigiar sempre secreções (tipo, cor), sangramentos e deiscências de sutura.
- Se notar qualquer alteração do padrão previsto, deverá recorrer ao CS para cuidados.
- Manter a antibioterapia pelo tempo determinado, para evitar infecção da ferida.

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

- 4.1** As principais causas de hemorragia pós parto são: a presença de restos placentares, a atonia uterina, o traumatismo do canal de parto, a ruptura uterina e a inversão uterina.
- 4.2** A hemorragia pós-parto imediato é definida como a perda de 500ml ou mais de sangue nas primeiras 24h após a dequitação, enquanto a tardia é aquela que ocorre após 24h.
- 4.3** Se a parturiente estiver com anemia, mesmo perdas sanguíneas <500ml podem deteriorar a sua condição. Por isso é aconselhado o manejo da dequitação com oxitocina, considerando que geralmente em Moçambique muitas mulheres apresentam algum grau de anemia durante a gravidez.
- 4.4** As indicações mais frequentes para cesariana são:
- Desproporção cefalo-pélvica e outras causas de distócias (trabalho de parto arrastando-se);
 - Cesariana prévia;
 - Sofrimento fetal;
 - Ruptura prematura das membranas;
 - Apresentação pélvica (sobretudo em primigesta).
- 4.5** Na paciente sem complicações, a alta pós-cesariana, pode ser dada 3 dias após a operação (tomando sempre em consideração algumas situações locais particulares de longas distâncias).
- 4.6** A retirada dos pontos da sutura pode-se dar aos 7 dias completos, após confirmar visualmente que não há atraso de cicatrização.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva II: Obstetrícia	Nº da Aula	19
Tópico	Puerpério	Tipo	Teórica
Conteúdos	Fisiologia do Puerpério Cuidados no Puerpério	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

Sobre Anatomia e Fisiologia:

1. Definir puerpério e lóquios.
2. Descrever as modificações do útero durante o puerpério.
3. Listar as principais hormonas envolvidas na lactação.

Sobre Cuidados no Puerpério:

1. Descrever a frequência das consultas pós-parto para a mãe e para o RN.
2. Listar os elementos da anamnese e do exame físico de uma puérpera.
3. Descrever os testes de rotina e outros indicados segundo os sintomas.
4. Listar as mensagens mais importantes para a mulher reconhecer os sinais de perigo das complicações.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Puerpério Normal		
3	Condutas e Assistência no Puerpério		
4	Pontos-Chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

- Cunningham FG. Williams/Obstetrícia. 20ª Edição. Guanabara Koogan; 2000.
- Machungo F, et al. Manual de cuidados obstétricos essenciais. 1ª Edição. MISAU; 2002.
- Povey. Conduta obstétrica. 1ª Edição. MISAU; 1990.
- DeCherney A. Obstetrícia e Ginecologia Diagnóstico e Tratamento. 9ª Edição. McGraw-Hill InterAmericana do Brasil; 2003.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: PUERPÉRIO NORMAL

2.1. Puerpério

2.1.1. Definição

O puerpério é definido como o período que começa após a dequitação e vai até 42 dias completos (6 semanas).

O puerpério normal divide-se em 3 fases, sendo:

- Puerpério precoce ou imediato que dura até 24 horas depois do parto
- Puerpério verdadeiro ou mediato que vai desde o 2º ao 10º dia (10-12 dias).
- Puerpério tardio que vai desde o 10º até ao 42º dia. Dura até 4-6 semanas, às vezes até 12 semanas.

2.1.2. Classificação e duração

Puerpério precoce

Nesta fase, a puérpera encontra-se cansada, com bradicardia, transpiração difusa, pulso cheio e que volta ao normal em 2-3 dias. Pode aparecer um calafrio fisiológico, que diferindo daquele patológico, não se acompanha da curva de ascensão da temperatura. Nos primeiros 24-48 horas ocorre um aumento importante da diurese, depois, retorna aos parâmetros normais (30-50ml de urina/h).

Puerpério verdadeiro

Nesta fase o útero involui gradualmente e volta a ser órgão pélvico. Nos primeiros 3-5 dias, instala-se a secreção de leite, pode manifestar-se febre de 37,8-38 graus. A diurese é já dentro dos níveis de normalidade, que pode depois evoluir para um episódio de poliúria.

A redução de peso é mais evidente nos primeiros 10 dias. A transpiração é mais importante nos primeiros 14 dias para as mulheres que amamentam. O trânsito intestinal volta a funcionar cerca de 48-160 horas depois, dependendo do tipo de parto, do estado dos tecidos moles do períneo. Existe a possibilidade de manifestarem-se cólicas uterinas, especialmente nas múltiparas, que serão descritas como dores lombo-abdominais com carácter de espasmos ou aperto. As cólicas são intensificadas pela amamentação (devido a acção da oxitocina libertada quando a criança mama).

Puerpério tardio

O puerpério tardio começa no décimo dia e vai até ao 42º dia depois do parto, mas pode ir até 12 semanas. Este período é caracterizado pela paragem funcional do aparelho genital reprodutor.

2.1.3. Alterações Anatômicas e Fisiológicas do Puerpério

A. Fenómenos involutivos do útero

A involução uterina está baseada nas modificações histológicas que ocorrem tanto no endométrio quanto no miométrio.

Modificações macroscópicas:

- A altura diminui aproximadamente 1-1,5 cm/dia.
- A espessura das paredes (4-5 mm após o parto) volta ao normal em 5-6 semanas
- A amplitude e a rapidez dos processos involutivos do útero são bem evidenciadas pela diminuição do seu peso:
 - Após o parto o útero pesa 1000 g
 - Após 7 dias o peso diminui até 500 g
 - Ao fim do puerpério pesa 300 g

Modificações histológicas:

As principais modificações histológicas são:

- As camadas do endométrio e as vilosidades da placenta degeneram-se e desmancham, resultando na eliminação de lóquios (vide abaixo).
- Depois da eliminação da decídua (camada do endométrio eliminada na forma de lóquios) inicia a reconstrução gradual do endométrio.

A fase de retorno ao ciclo menstrual dura entre 3-5 meses para as mulheres que amamentam (devido ao efeito inibidor central da prolactina sobre a secreção de progesterona e estrogénio).

B. Fenómenos involutivos do colo

O colo uterino é primeira porção do útero que volta ao normal:

- No primeiro dia apresenta-se com consistência mole, edematoso e com pequenas fissuras;
- Segue-se a involução do colo até a estrutura de um canal que diminui rapidamente. Cerca de 2-3 dias do pós-parto o colo permite a entrada de um dedo; 7 dias pós-parto um dedo entra com dificuldade; cerca de 15 dias pós-parto, o colo fecha completamente. Ao final do puerpério a fenda do colo tem uma posição horizontal, característica para as múltiparas.

C. Fenómenos involutivos da vagina

Depois de 3 semanas reaparecem as pregas vaginais, que não são tão evidentes como antes da gravidez.

D. Lóquios

Os lóquios são corrimentos vaginais exsudativos constituídos por sangue, células decíduais e células descamadas do colo uterino e da vagina que surgem depois do parto. Nos primeiros dias o volume dos lóquios é de cerca de 50g (8 compressas com sangue) depois diminuem gradualmente.

A avaliação dos lóquios é extremamente importante, sendo que o aspecto e suas características podem indicar se um puerpério corre dentro da normalidade ou não.

Durante a evolução os lóquios apresenta características diferentes:

- Lóquio vermelho (*lochia rubra*)
- Lóquio serosanguinolento (*lochia fusca*)
- Lóquio amarelo (*lochia flava*)
- Lóquio alvos/branco/transparente (*lochia alba*)

COR/ASPECTO	VERMELHO	SEROSANGUINOLENTO	AMARELO	TRANSPARENTE
Período	Primeiros 2-3 dias	Dias 3-5	Dia 5-15	15 Até o fim do puerpério
Cheiro	Característico de sangue	Cheiro similar ao de sangue, porém fraco	<i>Típico não fétido</i>	<i>Típico não fétido</i>
Observações	Se achar coágulos, tem que pesquisar a fonte da hemorragia	Vigiar sinais de anormalidade e infecção (ex.endometrite) por alteração dos parâmetros acima, questionando: duração e volume aumentado? Secreção purulenta? Cheiro fétido?		

2.2. Fisiologia da Lactação

Por acção de hormonas, a glândula mamária sofre alterações que conduzem a produção de leite. Para o efeito, a integridade do eixo hipotálamo-hipofisário é fundamental. São as seguintes:

- *Mamogénese (crescimento e desenvolvimento das mamas): resulta da acção do estrogénio, da progesterona e de outras hormonas.*
- *Lactogénese (início da secreção do leite): resulta da acção da prolactina (secretada pela hipófise).*
- *Galactopoiese (manutenção da secreção do leite): depende da sucção periódica das mamas pelo bebé, que estimula assim a secreção de prolactina e oxitocina pela hipófise. O esvaziamento efectivo dos ductos e alvéolos é também importante para retroalimentação positiva da produção da prolactina. Quanto maior for a frequência de sucção das mamas pela criança maior a produção do leite.*

Note-se que a integridade do eixo hipotálamo-hipofisário é facilmente comprometida por hemorragia puerperal massiva, sendo portanto mais uma razão para adequado manejo da gravidez e período periparto.

BLOCO 3: CONDUTA E ASSISTÊNCIA NO PUERPÉRIO

A atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde depois do parto deve ser incentivado desde o pré-natal e na maternidade.

Objectivos:

- Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido;
- Avaliar o retorno às condições pré-natais;
- Avaliar e apoiar o aleitamento materno;
- Orientar o planeamento familiar;
- Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las;
- Avaliar interacção da mãe com o recém-nascido;

- Complementar ou realizar acções não executadas no pré-natal.

No SNS as consultas pós parto, obedecem a uma periodicidade estabelecida, assim sendo devem ser feitas aos 3º, 7º, 21º e 28º dias (período de maior risco de complicações puerperais).

3.1 Anamnese

- **Verificar a ficha pré-natal da gestante ou perguntar à mulher sobre:**
 - Condições da gestação;
 - Condições do atendimento ao parto e ao recém-nascido;
 - Dados do parto (data; tipo de parto; se cesariana, que indicação);
 - Se houve alguma intercorrência na gestação, no parto ou no pós-parto (febre, hemorragia, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização Rh);
 - Se recebeu aconselhamento e fez testagem para sífilis ou HIV durante a gestação e/ou parto;
 - Uso de medicamentos (ferro, ácido fólico, vitamina A, outros).
- **Perguntar como se sente e indagar sobre:**
 - Aleitamento (frequência das mamadas, dificuldades na amamentação, satisfação do RN com as mamadas, condições das mamas);
 - Alimentação, sono, actividades;
 - Dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias, febre;
 - Planeamento familiar (desejo de ter mais filhos, desejo de usar método contraceptivo, métodos já utilizados, método de preferência);
 - Condições psico-emocionais (estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, outros).

3.2 Exame Físico

Os aspectos importantes no exame da puérpera são:

- Verificar dados vitais:
 - TA (hipertensão puerperal)
 - Temperatura (> 38º por mais de 24h- febre puerperal)
- Observar o estado geral: pele, mucosas, presença de edema, cicatriz (parto normal com episiotomia ou laceração/cesariana) e membros inferiores (edema);
- Examinar mamas, verificando a presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação;
- Examinar o abdómen, verificando a condição e grau de involução do útero e se há dor à palpação;
- Examinar períneo e genitais externos (verificar sinais de infecção, presença e características de lóquios);
- Verificar possíveis intercorrências: alterações emocionais, hipertensão, febre, dor em baixo ventre ou nas mamas, presença de corrimento com odor fétido, sangramentos intensos. No caso de detecção de alguma dessas alterações, proceder com o manejo ou referência de acordo com o caso;
- Observar formação do vínculo mãe-filho;

- Observar e avaliar a mamada para garantir o adequado posicionamento e pega da aréola. O posicionamento errado do bebê, além de dificultar a sucção, comprometendo a quantidade de leite ingerido, é uma das causas mais frequentes de problemas nos mamilos e de queixas digestivas do bebê (por deglutição de ar). Em caso de ingurgitamento mamário, mais comum entre o terceiro e o quinto dia pós-parto, orientar quanto à extração manual do leite;
- Identificar problemas/necessidades da mulher e do recém-nascido, com base na avaliação realizada.

3.3 Condutas

- Orientar sobre:
 - Higiene, alimentação, actividades físicas;
 - Actividade sexual, informando sobre prevenção de ITS/HIV/SIDA;
 - Cuidado com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento (considerando a situação das mulheres que não puderem amamentar);
 - Cuidados com o recém-nascido;
 - Sinais de perigo para as patologias puerperais (dos órgãos reprodutivos e sintomas gerais)
 - Direitos da mulher (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas).
- Orientar sobre planeamento familiar e activação de método contraceptivo, se for o caso:
 - Informação geral sobre os métodos que podem ser utilizados no pós-parto;
 - Explicação da amenorreia da lactação.
- Oferecer teste HIV e VDRL, com aconselhamento pré e pós-teste, para as puérperas não aconselhadas e testadas durante a gravidez e o parto;
- Pedir Hemograma/Hemoglobina (se suspeitar de anemia);
- Tratar possíveis intercorrências;
- Registar informações;
- Agendar consultas pós parto seguintes (7º, 21º, 28º dias).

3.4 Conduta para mulher HIV positiva e RN exposto

A conduta para a puérpera seropositiva e para o recém-nascido exposto será descrita nas disciplinas de “Manejo do HIV” e de pediatria.

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

- 4.1. O puerpério é definido como o período que começa após a dequitação e vai até 42 dias completos (6 semanas). Nalgumas vezes, pode estender-se até a 12ª semana.
- 4.2. Os lóquios são secreções vaginais eliminadas após o parto, que resultam da degeneração do endométrio e vilosidades placentárias. A análise do seu aspecto e outras características (volume, cheiro, duração do fluxo, sintomas associados) podem indicar se um puerpério vai bem ou não.
- 4.3. EIC para a saúde deve ser feita em todos os contactos da mulher com a U.S. (desde o pré-natal ao puerpério). Orientações adequadas dadas a mulher e familiares sobre os sinais de perigo e sintomas no puerpério permitem prevenir chegada tardia da mesma e do RN à U.S. em caso de problemas.

- 4.4.** Para início e manutenção da lactação, é fundamental a integridade do eixo hipotalâmo-hipofisário, sendo a prolactina a principal hormona estimuladora. Quanto maior for a frequência de sucção das mamas pela criança maior a produção do leite.
- 4.5.** O planeamento familiar deve ser feito a partir da consulta pós-parto (desejo de ter mais filhos, desejo de usar método contraceptivo, métodos já utilizados, método de preferência).

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva II: Obstetrícia	Nº da Aula	20
Tópico	Puerpério	Tipo	Teórica
Conteúdos	Complicações do puerpério	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever a apresentação clínica, avaliação, tratamento e critérios para a referência das seguintes situações do puerpério patológico:
 - a. Hipertensão;
 - b. Anemia;
 - c. Hemorragia pós parto;
 - d. Mastite, abscessos, fissuras, ingurgitamento;
 - e. Desconforto perineal ou hematomas ;
 - f. Sépsis puerperal ;
 - g. Doença tromboembólica (Trombo, êmbolo)
 - h. Fistula vesico-vaginal ou recto-vaginal;
 - i. Incontinência urinária;
 - j. Depressão ou psicose pós-parto;

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Puerpério Patológico		
3	Pontos-Chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

- Cunningham FG. Williams/Obstetrícia. 20ª Edição. Guanabara Koogan; 2000.
- Machungo F, et al. Manual de cuidados obstétricos essenciais. 1ª Edição. MISAU; 2002.
- Povey. Conduta obstétrica. 1ª Edição. MISAU; 1990.
- DeCherney A. Obstetrícia e Ginecologia Diagnóstico e Tratamento. 9ª Edição. McGraw-Hill InterAmericana do Brasil; 2003.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: PUERPÉRIO PATOLÓGICO

As complicações do puerpério são aquelas que se instalam durante os 42 dias que se seguem ao parto. Estas perturbam a saúde materna, e algumas são causas de doença grave podendo levar a morte materna. As mais comuns são:

- Hipertensão;
- Hemorragia pós-parto;
- Anemia;
- Infecções puerperais;
- Doença tromboembólica;
- Distúrbios da amamentação;
- Depressão pós-parto.

A apresentação e manejo da anemia, da hemorragia pós parto e dos distúrbios hipertensivos (parcialmente) foi descrita em aulas anteriores.

2.1. Hipertensão Puerperal

Após o parto, deve-se ter em conta as seguintes orientações:

- Reavaliação da puérpera e da terapêutica no pós-parto imediato.
- Reavaliação da puérpera na consulta de Medicina interna/Clinica Geral, pós alta:
 - 1-2 Semana pós-parto;
 - 1º Mês;
 - 2-3 Meses depois parto
- Reclassificação da HTA
 - Se persiste após o puerpério, considere a **HTA crónica**

Tratamento

No caso da pré-eclampsia/eclampsia deve ser a mesma já referida na abordagem pré-natal.

Para a HTA crónica (antes de referir a consulta de Medicina), o medicamento de eleição é:

- Metildopa 250-500mg 8/8h oral

2.2. Febre Puerperal

Definição: é a presença de temperatura axilar maior ou igual a 38°C, ocorrendo depois de 24 horas após o parto.

Etiologia

Pode ser causada por diversas condições patológicas:

- Causas infecciosas:
 - Sépsis puerperal
 - Infecções do útero e anexos (endometrite, anexites)
 - Pelvipерitonite
 - Infecções de episiotomia ou da ferida pós operatória (no parto por cesárea)
 - Infecções urinárias
 - Malária
 - Mastite ou abscesso mamário
- Causas não infecciosas
 - Ingurgitamento das mamas
 - Trauma dos tecidos
 - Doença trombo-embólica (trombose das veias profundas, tromboflebite superficial)

Diagnóstico

- Clínico: com sinais e sintomas para cada caso específico;
- Laboratorial: hemograma, urina II, HTZ exame bacteriológico ou cultura do corrimento vaginal, e Ecografia (suspeita de restos placentários, pelvipерitonite ou abscessos pélvicos).

2.4.1 Sépsis puerperal

Definição: é uma infecção do trato genital, que ocorre a qualquer altura no período de 42 dias após o parto.

Etiologia

Pode ser provocada por vários agentes isolados ou em simultâneo:

- Streptococos β hemolítico do grupo A (*S.pyogenes*);
- Bacteróides e Gram negativos;
- *Neisseria gonorreia*;
- *Chlamydia trachomatis*.

Factores predisponentes

- Parto por cesárea conduzido sem condições de assépsia
- Toques vaginais frequentes
- ITS não tratada durante a gravidez
- HIV/SIDA
- Anemia e/ou malnutrição
- Rotura prematura e prolongada das membranas
- Parto vaginal prolongado e traumático
- Hemorragia ante, intra e pós-parto
- Retenção de restos placentários

Quadro clínico

- Febre puerperal
- Dor pélvica, útero e abdômen sensíveis
- Lóquios fétidos que podem até ter aspecto purulento

Conduta

Medidas gerais

- Educação sobre higiene corporal à mulher
- Isolamento da puérpera para a prevenção da disseminação da infecção às outras mulheres e ao recém-nascido;
- Ao prestar cuidados à paciente, cumprir rigorosamente com as regras de biossegurança e não usar o mesmo EPI usado ao tratar outras mulheres;
- Prescrever repouso;
- Dieta zero no início especialmente nos casos com perspectiva de procedimentos invasivos. A dieta será introduzida de acordo com a motilidade do trato gastrointestinal;
- Hidratação venosa (Solução fisiológica ou Ringer Lactato 1000ml 8/8h)
- Analgésicos e anti-piréticos.

Antibioterapia

- Duração do tratamento de pelo menos 10 dias;
- Tratamento endovenoso nos primeiros dias até a febre regredir (pelo menos 48h sem hipertermia):
 - 1ª linha – Ampicilina 1g de 6/6h EV + Metronidazol 500 mg 8/8h EV + Gentamicina 80mg 8/8h EV/IM
 - Na ausência de Ampicilina, substituir por Penicilina Cristalina 5M na 1ª dose, depois 2M de 6/6h EV
- Quando a paciente melhorar poderá fazer antibióticos orais durante 7 dias: amoxicilina oral 1 grama de 8/8 horas + metronidazol 500mg de 8/8 horas.

Referir para US com capacidade cirúrgica se suspeita de abscesso tubo-ovárico ou peritonite, ou se a febre não passar em 48h, ou se piorar.

2.4.2 Mastite

É um processo inflamatório ou infeccioso que pode ocorrer na mama lactante, habitualmente à partir da segunda semana após o parto e geralmente unilateral. Ocorre devido a um ingurgitamento ou fissura mal tratada.

Clínica

- Dor, vermelhidão, calor e edema;
- Adenopatia axilar;
- Febre.

Tratamento

- Manter a amamentação na mama saudável e deve-se evitar a suspensão da mama acometida;
- Manter a amamentação ou a ordenha manual na mama afectada, para evitar o ingurgitamento e agravamento do quadro clínico;
- Usar compressas frias locais;
- Administrar Paracetamol ou um AINE (ibuprofeno, diclofenac) nas doses habituais;
- Administrar Amoxicilina + Ácido clavulânico (250+125 mg) oral, administrar 1 comprimido 8/8h por 7 a 10 dias.

Nota: administrar no início da refeição. Nas infecções graves usar doses elevadas de amoxicilina (comprimidos de 500 mg de amoxicilina + 125 mg de ácido clavulânico).

2.4.3 Abcesso mamário

- É resultado de uma mastite não tratada
- Os sinais são similares aos da mastite, acrescentando-se:
 - Dor forte e constante;
 - Edema intenso;
 - Pode aparecer edema da pele (pele com textura da casca de laranja);
 - Flutuação;
 - Febre alta (> 39°C).

Conduta

- Administrar Paracetamol ou um AINE (ibuprofeno, diclofenac) nas doses habituais;
- Administrar Amoxicilina + Ácido clavulânico (250+125 mg) oral, administrar 1 comprimido 8/8h por 7 a 10 dias;
- Transferir a US com cuidados cirúrgicos.

2.3. Doença Tromboembólica

Os distúrbios tromboembólicos constituem causa importante de morbilidade puerperal, sendo que a trombose venosa e a tromboembolia pulmonar estão implicadas na mortalidade materna porém com baixa incidência.

Fisiopatologia

A gravidez predispõe a formação de trombos, que provocam a oclusão parcial ou total de uma veia, com reacção inflamatória primária ou secundária de sua parede, ocasionando um tromboembolismo, que é mais comum nos membros inferiores.

As tromboses ao nível das coxas, das pernas e da pelve têm alto risco de induzir a embolia pulmonar.

Factores predisponentes

- Varizes (*gravidez*)
- Imobilização prolongada no leito (*gravidez*)
- Obesidade

- Uso de contraceptivos orais

Quadro clínico

- **A trombose venosa superficial** está limitada ao sistema de veias safenas.
 - Ocasional dor/desconforto à compressão da musculatura da "barriga da perna" (região solear);
 - Circulação venosa colateral no tornozelo e perna;
 - Dificuldade para caminhar.
- **A trombose venosa profunda da perna**
 - Início agudo de dor e edema da perna e da coxa.
 - Espasmo arterial, reflexo que determina palidez e extremidades geladas.
 - Sinal de Homans (dor exacerbada ao estender o tendão do Aquiles).
- **Trombose venosa pélvica**
 - Quando não se complica com inflamações ou com embolias, a trombose pélvica é totalmente assintomática.
 - Em caso de infecção uterina, a doença torna-se num processo séptico, e evolui com sintomas.
- **Embolia pulmonar** (descrita na disciplina do sistema respiratório)
- **Coagulopatia Intravascular Disseminada** (descrita na disciplina de hematologia)

Conduta

Na suspeita destas condições, a mulher deve ser encaminhada a US de referência para confirmação do diagnóstico e tratamento.

Medidas preventivas

Mobilização precoce da puérpera

2.4. Distúrbios da Amamentação

2.4.1 Ingurgitamento mamário

- Aparece nas primeiras 24-48 horas pós-parto quando começa a secreção láctea.
- A causa provável é o aumento do fluxo sanguíneo e linfático.
- Os seios aumentam de volume, tornando-se duros, nodulosos, dolorosos.
- Geralmente é acompanhada de um surto de febre (4-16 horas) em volta de 38-39 graus Celsius.
- A prevenção e o tratamento consistem em curativo compressivo dos seios (soutien, faixas no seio), gelo e analgésicos (paracetamol ou codeína), às vezes é indicado também tirar o leite artificialmente.

2.4.2 Fissuras do mamilo

- São rasgaduras em raio na pele do mamilo e na aréola.

Causas

- *Deficiente higiene*, quando não se limpam o leite e a saliva dos mamilos após a amamentação;
- *Lavagem excessiva* com sabão, que remove o óleo (sebo) da pele e diminui a resistência;
- *Cremes*, que muitas vezes amaciam os mamilos;
- *Amamentação prolongada*, principalmente nos primeiros dias, quando há pouco leite e o RN succiona com intensa força.

Clínica

- Dor durante a amamentação
- Exsudação de soro ou sangue pela rasgadura, geralmente radial

Complicações

- Abandono da amamentação devido à dor
- Infecção e mastite.

Prevenção

- Inicia-se no pré-natal orientando-se para higiene, massagens nos mamilos, exposição das mamas ao sol e evitar o uso de cremes e pomadas;
- Após o nascimento do RN orientar a “boa pega” e evitar o ingurgitamento mamário;
- Lavar os mamilos com água e deixá-los secar ao ar após cada mamada;
- Não deixar a criança ficar ao peito durante períodos prolongados.

Conduta

- Lavar o mamilo com água e deixá-los secar ao ar após cada mamada.
- Não deixar a criança ficar ao peito durante períodos prolongados.
- Manter a amamentação evitando ingurgitamento.

2.5. Depressão Pós-Parto

A incidência da depressão pós parto é difícil de estimar, mas é um distúrbio comum que deve ser suspeitado pelos familiares e pessoal de saúde, sempre que a mulher apresentar desvios no comportamento.

Quadro clínico

- Alteração do humor importante, pessimismo, perda do prazer e do interesse nas actividades quotidianas, insónia ou hipersónia, anorexia ou hiperfagia, sentimento de culpa, auto-reprovação e tendência para suicídio;
- Aparece até 3 meses pós-parto e pode durar de semanas a meses;

Diagnóstico e conduta

- Para correcto diagnóstico os sintomas devem ter pelo menos duas semanas de duração e geralmente apresentarem agravamento progressivo;
- O tratamento deve ser feito com suporte familiar e referência a US com psiquiatra.

- Alguns casos podem ser ligeiros e de duração curta ("Blue Puerperal") e o tratamento consistir em suporte familiar apenas sem necessidade de tratamento farmacológico. Outros casos são mais severos (psicose puerperal), manifestam-se com alucinações, delírios e necessitam de intervenção imediata com internamento hospitalar devido ao risco de suicídio e infanticídio

2.6. Hematomas Vulvo-Vaginais

Causas

- Parto difícil;
- Sutura de episiotomia ou de lacerações vaginais e perineais sem hemostase adequada.

Quadro clínico

- Aparecimento de dor vulvo-vaginal minutos ou horas após o parto
- Intumescimento tenso da vulva ou da vagina

Complicações

- *Choque*. Os hematomas contêm um volume de sangue muito maior do que o sugerido pela sua aparência.
- *Infecção* do hematoma.

Conduta

- Tratar os pequenos hematomas de forma conservadora, com aplicações frias (gelo) e analgésicos orais (Paracetamol);
- Hematomas grandes devem ser referidos à cirurgia.

2.7. Distúrbios Urinários Puerperais

2.7.1 Incontinência urinária puerperal

A incontinência urinária é a perda involuntária de urina, que pode ser demonstrada objectivamente e causa problemas sociais ou higiénicos para a paciente.

Factores de risco

- Parto vaginal (traumatismo obstétrico, uso de fórceps, trabalho de parto arrastado) com lesão das estruturas neuromusculares do assoalho pélvico levando a perda da força dos músculos pélvicos e da função dos nervos da pelve
- Multiparidade
- Idiopática
- Infecção urinária

Quadro clínico

- Perda involuntária da urina
- Urgência urinária
- Polaciúria
- Incontinência urinária durante o sono

Exames de rotina

- Urina II (exclusão de infecção urinária)

Conduta

- Se leve ou moderada
 - Medidas dietéticas (evitar álcool, chá, café)
 - Exercícios de Kegel – que consiste em contracções voluntárias focadas e repetitivas dos músculos levantadores do ânus, pedindo a paciente que contraia ou aperte o musculo como se quisesse evitar a liberação de flatos.
- Se grave
 - Algália permanente
 - Referir para unidade sanitária de referência

2.7.2 Fístulas vaginais obstétricas

Definição: Fístula é uma comunicação anómala entre duas superfícies epiteliais. As fístulas vaginais comunicam as superfícies epiteliais vaginais e a vesical (vesico-vaginais) e ou vaginal e a rectal (recto-vaginais).

Causas

- Trabalho de parto arrastado;
- Traumatismo obstétrico (lacerações perineais);
- Acidentes de cesariana;
- Rotura uterina.

Quadro clínico

- Incontinência urinária (vesico-vaginal) ou fecal (recto-vaginal) total ou parcial conforme o tamanho da fístula.

Conduta

- Algália permanente (na fístula vesico-vaginal)
- Referir para correcção cirúrgica da fístula

BLOCO 3: PONTOS-CHAVE

- 3.1.** As principais complicações do puerpério são: hemorragias pós-parto, hipertensão arterial, infecções, doença tromboembólica e depressão pós-parto.
- 3.2.** Numa puérpera com febre e lóquios fétidos ou purulentos, o clínico deve suspeitar sempre de sépsis puerperal e tratar activamente para evitar as complicações.
- 3.3.** A incidência da depressão pós parto é difícil de estimar, mas é um distúrbio comum que deve ser suspeitado pelos familiares e pessoal de saúde, sempre que a mulher apresentar desvios no comportamento.
- 3.4.** Nos casos de mastite, deve-se manter a amamentação ou a ordenha manual na mama afectada, para evitar o ingurgitamento e agravamento do quadro clínico.
- 3.5.** As fístulas vesico-vaginais ou recto-vaginais são um problema estigmatizante para a mulher pois afectam a sua higiene e sexualidade. São causadas por trabalho de parto arrastado, traumatismo obstétrico, acidentes de cesariana e rotura uterina.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva II: Obstetrícia	Nº da Aula	21
Tópico	Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva	Tipo	Teórica
Conteúdos	Monitoria e Avaliação do Programa	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

Sobre Indicadores de Saúde Materna e Infantil:

1. Definir saúde sexual e reprodutiva.
2. Definir taxa de fertilidade.
3. Definir taxa de cobertura de consulta pré-natal e pós-parto.
4. Definir taxa de cobertura vacinal do tétano.
5. Definir taxa de parto institucional
6. Definir taxa de cobertura de anticonceptivos.
7. Definir mortalidade materna, mortalidade perinatal e neonatal.
8. Descrever as causas mais comuns de mortalidade e morbilidade materna e perinatal em Moçambique.

Sobre Monitoria e Avaliação do Programa:

1. Listar as fichas e os registos para monitoria do programa.
2. Descrever os programas de promoção da saúde sexual e reprodutiva, incluindo programas de saúde pré-natal e pós-natal.
3. Descrever o papel das parteiras tradicionais na saúde sexual e reprodutiva das mulheres em Moçambique
4. Enumerar estratégias para promoção do engajamento das parteiras tradicionais com o sistema de saúde.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Principais indicadores de Saúde Materna e Infantil		
3	Programas de Promoção de Saúde Sexual e Reprodutiva		
4	Papel das Parteiras Tradicionais na Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva das Mulheres em Moçambique		
5	Pontos-Chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

- Manual sobre Pacotes Integrados de Serviços e de Formação Contínua na Área de Saúde Reprodutiva/Materna, Neonatal, Infantil e do Adolescente & Jovem. MISAU; Dezembro 2010.
- Plano Integrado para o Alcance dos Objectivos 4 e 5 de Desenvolvimento do Milénio. MISAU; Junho 2009.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: PRINCIPAIS INDICADORES DE SAÚDE MATERNA E INFANTIL

2.1. Contexto

A Organização Mundial da Saúde definiu Saúde Reprodutiva como o estado completo de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença durante o processo reprodutivo.

Esta definição foi ampliada na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento celebrada em Cairo em 1994. Passou a definir-se Saúde Reprodutiva como um estado geral de bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos.

A atenção à saúde reprodutiva se define como um conjunto de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e para o bem-estar reprodutivo, ao evitar e resolver os problemas relacionados com esta.

A saúde reprodutiva implica que as pessoas sejam capazes de usufruir uma vida sexual segura e satisfatória, que tenham a capacidade de reproduzir-se e a liberdade para decidir quando e com que frequência fazê-lo.

2.2. Indicadores

2.2.1. Taxa de Fertilidade

Consiste na proporção de nascidos vivos das mulheres em idade fértil (de 15 a 49 anos). Quanto maior a proporção, maior a taxa de fertilidade no período.

A taxa de fertilidade é importante para planificação da cobertura e seguimento do planeamento familiar.

2.2.2. Taxa de cobertura da consulta pré-natal e pós-parto

- A **taxa de cobertura da consulta pré-natal** indica a proporção de mulheres grávidas que beneficiaram da primeira consulta pré-natal feita por pessoal treinado durante a gravidez num determinado período de tempo.

O número estimado de grávidas corresponde a 5% da população em referência num ano e para o cálculo Usa-se como fonte o resumo mensal da consulta pré-natal.

Os esforços do SNS, são no sentido de aumentar esta taxa, ou seja que todas as mulheres grávidas façam o seguimento na CPN.

- A **taxa de cobertura da consulta pós-parto** indica a percentagem de mulheres que beneficiaram de consultas pós-parto por pessoal treinado num determinado período de tempo.

O número total de partos previstos corresponde a 4,5% da população em referência. Quanto maior esta taxa, melhor os resultados em termos de redução de morbi-mortalidade materna perinatal e neonatal (vide abaixo).

2.2.3. Taxa de cobertura vacinal do tétano

O calendário nacional de vacinação antitetânica (VAT) da mulher em idade fértil (15-49 anos) prevê cinco doses da vacina designadas VAT1, VAT2 até VAT5.

A primeira dose de VAT não confere nenhuma protecção. A protecção será cada vez mais crescente a medida que mais doses são administradas a partir da segunda dose.

Há a considerar os seguintes grupos alvos:

- Mulheres grávidas – correspondem a 5% da população em referência.
 - Todas as mulheres grávidas que assistam uma consulta pré-natal (CPN) devem ter o seu estado de imunização verificado. A mulher deve ser vacinada a partir da primeira visita, segundo o Calendário Nacional. Para não repetir VAT desnecessariamente, **devemos encorajar a mulher para trazer o seu cartão antigo na sua primeira visita** pré-natal.
- Mulher em Idade Fértil – corresponde a 19,9% da população em referência.
 - Todas as mulheres em idade fértil que têm contacto com os serviços de saúde devem ter o seu estado de imunização verificado e devem ser vacinadas segundo o Calendário Nacional.

A população alvo poderá ser de mulheres grávidas ou mulheres em idade fértil.

A taxa de cobertura de VAT em mulheres grávidas deve ser suficientemente alta (mais de 80%) para prevenir o tétano neonatal.

2.2.4. Taxa de parto institucional

Indica a percentagem de mulheres que tiveram parto numa Unidade Sanitária do Sistema Nacional de Saúde, num determinado período de tempo. Poderão também ser incluídos os partos que tenham ocorrido em Unidades Sanitárias privadas.

$$\frac{\text{Nº de partos em US do sector público+privado}}{\text{Nº estimado de partos}} \times 100$$

2.2.5. Taxa de cobertura de anticonceptivos

Determina a percentagem de utentes que se beneficiou de anticonceptivo em relação ao grupo alvo. Consideramos grupo alvo ao número estimado de mulheres em idade fértil não grávidas, que corresponde a 19,9% da população em referência.

Nas novas utentes de anticonceptivos, inclui-se utentes que se beneficiaram de um dos três métodos mais difundidos que são os anticonceptivos orais, os injectáveis e o dispositivo intra-uterino.

2.2.6. Mortalidade materna, perinatal e neonatal

Mortalidade materna

Define-se morte materna como a morte de uma mulher durante a gestação, parto ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação (puerpério), independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação à gravidez.

A taxa de mortalidade materna (MM) refere-se à relação entre o número de óbitos maternos, num determinado período (geralmente de um ano) e o número de nados-vivos, no mesmo período. A taxa de mortalidade materna exprime-se em relação a 1.000, 10.000 ou 100.000 (mais usado em

Moçambique) nados-vivos de acordo com a frequência da morte. (fórmula descrita na disciplina de Saúde da Comunidade).

A mortalidade materna dá informação acerca das condições oferecidas pelo sistema de saúde durante a gravidez e parto, reflectindo as condições socioeconómicas; as condições de Saúde na gravidez e no parto; e a disponibilidade de utilização de cuidados de Saúde, incluindo cuidados pré-natais e peri-parto.

Segundo o relatório de avaliação nacional de necessidades sobre saúde materna e neonatal de 2006/2007, a mortalidade materna em Moçambique está muito elevada, com uma razão de 473 casos em cada 100.000 nados vivos.

As mortes maternas podem ser classificadas em:

- Directas: aquelas resultantes de complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, devidas a intervenções, omissões, tratamento incorrecto ou devidas a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer das causas acima mencionadas.
- Indirectas: aquelas resultantes de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não devidas a causas obstétricas directas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

No nosso País as principais causas de Morte Materna directa são:

- Hemorragia intra-parto e pós-parto
- Sépsis puerperal
- Eclâmpsia
- Rotura uterina
- Trabalho de parto arrastado
- Complicações devidas ao aborto séptico

Em Moçambique, e de acordo com o modelo das três demoras, estudos indicam que os principais determinantes das Mortes Maternas são:

Níveis de Demora	Causas
“Primeira demora”: atraso no reconhecimento dos sinais de perigo e decisão de procurar os cuidados de saúde pela mulher e família	<ul style="list-style-type: none">* Analfabetismo ou baixa escolaridade;* Pobreza - limita a capacidade de procura dos serviços de saúde* Factores culturais – recusa em levar a doente à unidade sanitária;* Falta ou reduzida frequência da consulta pré-natal;* Más interpretações sobre as causas ou factores (feitiço ou curandeirismo) que conduzem à morte da mulher;* Falta de conhecimento sobre as causas ou do problema que esteve na base da morte;* Demora na tomada de decisão de ir à unidade sanitária.
“Segunda demora”: atraso em atingir a unidade sanitária influenciado pelos seguintes factores	<ul style="list-style-type: none">* Falta de disponibilidade de transporte para chegar à unidade sanitária, inclusive ambulância;* Longas distâncias traduzidas pelo longo tempo (vários dias);
“Terceira demora”: Atraso em receber o tratamento apropriado influenciado pelos seguintes factores:	<ul style="list-style-type: none">* Demora no atendimento a nível da unidade sanitária;* Atraso na recepção de cuidados adequados;* Serviços inadequados;* Tratamento inadequado;* Falta de condições cirúrgicas;* Incompetência do pessoal;* Pessoal ausente (médico, enfermeira e técnico de cirurgia);* Má condução do caso;* Falta de pessoal qualificado.

Morte Perinatal

- Morte perinatal é a morte do recém-nascido (feto com mais de 28 semanas/1000 gramas até o de termo) que ocorre durante os primeiros 7 dias completos (168 horas completas) de vida.

Morte Neonatal

- Morte neonatal é a morte de infante nascido vivo dentro dos primeiros 28 dias completos de vida.

No que diz respeito ao recém-nascido as principais causas de morbi-mortalidade neste grupo são: prematuridade/baixo peso ao nascer, asfixia, sépsis, pneumonia, HIV/Sida, malária, diarreia, sífilis e outras infecções congénitas.

Estima-se que por cada 100 bebés que nascem, 4 a 5 morrem nos primeiros 28 dias de vida. Sendo que a maioria dessas mortes ocorrem nos primeiros 7 dias de vida.

A mortalidade neonatal representa 40% da mortalidade em menores de 5 anos no país.

Contribuem para essas mortes, para além de outros factores, a baixa cobertura de parto institucional, a baixa qualidade das consultas pré-natais e a baixa cobertura da consulta pós-natal.

BLOCO 3: PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Os programas de promoção de saúde sexual e reprodutiva incluem uma série de intervenções que abrangem não só a mulher, mas também a criança, e a família em geral. Estes têm como finalidade reduzir a mortalidade materna, neo-natal e infantil, bem como a promoção de saúde em geral, facilitando o acesso da população a intervenções efectivas e a serviços de saúde de qualidade, no contexto de cuidados contínuos e integrados, com maior atenção às populações mais desfavorecidas.

Dos serviços disponíveis no SNS, destacamos os seguintes:

3.1. Serviços de Saúde Materno Infantil

No nosso país, os serviços de saúde materno infantil são prestados de forma integrada, contínua, e abrangente, iniciando no seguimento da mulher adolescente e jovem (SAAJ), continuando com o seguimento da mulher durante a gravidez, parto, pós-parto, e seguimento da criança no período neonatal e infância. Actualmente, a maior parte destes serviços é prestada no sector da consulta pré-natal. O sector de CPN oferece à mulher outros pacotes de serviços para além das consultas pré-natais. A integração dos serviços tem como vantagens:

- Promoção de boas práticas de cuidados de saúde para a mulher e criança, garantindo o seu bem-estar, e o de sua família;
- Minimização do número de etapas numa visita/consulta, e do número de visitas/consultas requeridas;
- Redução da duplicação de esforços e promoção de uma melhor utilização dos recursos disponíveis (infra-estruturas, pessoal, tempo do pessoal e das utentes, recursos financeiros, entre outros).
- Melhora a adesão da mulher e da família em geral, aos serviços de saúde.

Embora o TMG não seja provedor destes serviços, é importante que este conheça os pacotes oferecidos, bem como os propósitos e objectivos de cada um deles, pois desta forma, poderá referir pacientes e interagir melhor com os outros sectores.

Abaixo, encontram-se descritos os pacotes oferecidos nos serviços de saúde materno infantil, designado actualmente como consulta pré-natal:

3.1.1. Consulta pré-natal propriamente dita

A consulta pré-natal propriamente dita, é aquela em que se segue a mulher grávida, desde a altura do diagnóstico da gravidez, até ao peri-parto. No nosso meio, ao nível das unidades sanitárias rurais, geralmente a enfermeira SMI é quem faz o seguimento da gravidez (excepto a de ARO), e é também ela que irá realizar o parto, facto que tem sido de mais valia pois permite uma melhor interacção entre a utente e a enfermeira durante todo processo. O pacote de serviços oferecidos nesta consulta, foi descrito em aulas anteriores e inclui seguimento da evolução da gravidez, despiste de doenças, tratamentos profiláticos, educação para saúde, entre outros.

3.1.2. Consulta pós-parto

Inicia no 3º dia e posteriormente realiza-se nos dias 7, 21 e 28 dias após o parto. Os serviços prestados são os seguintes:

- Informação, educação e comunicação:
 - Aconselhamento sobre alimentação da criança (amamentação e introdução de outros alimentos), contracepção, higiene geral e das mamas, alimentação equilibrada, sexo seguro, sinais de perigo no puerpério e conduta a ter, e importância de adesão às consultas seguintes;
 - Envolvimento do parceiro.
- Exame ginecológico: detecção, manejo ou referência de condições patológicas do puerpério:
- Lacerações do colo e canal vaginal, restos placentares, hemorragia pós-parto, deiscência de sutura, infecção da ferida pós-operatória, sépsis puerperal e outras condições.
- Cuidados gerais:
 - Avaliação do estado geral da mulher: complicações nos seios e com a amamentação, sinais de anemia e de outras condições do puerpério;
 - Identificar e referir casos suspeitos de depressão pós-parto;
 - Rastreio de outras doenças de acordo com a sintomatologia.
- Aconselhamento e provisão do método contraceptivo escolhido pela mulher, segundo as normas.
- Nutrição e vacinação:
 - Suplementação com ferro, ácido fólico e vitamina A.
- ITS/HIV:
 - Aconselhamento e testagem das mulheres que ainda não tiverem sido testadas;
 - Seguimento de mulheres seropositivas de acordo com as normas nacionais.

3.1.3. Consulta de planeamento familiar (PF)

Nesta consulta os seguintes serviços são prestados:

- Informação clara e esclarecimento de dúvidas sobre todos os métodos existentes e disponíveis,
- Aconselhamento sobre as opções de P.F mais indicadas para cada caso
- Permitir ao casal a escolha livre do método
- Seguimento do usuário,

Os detalhes sobre os métodos de P.F foram descritos na disciplina de SSRI.

3.2. Serviços de Atendimento do Adolescente e Jovem (SAAJ)

O **SAAJ** é um serviço do SNS para o atendimento de adolescentes e jovens, uma vez que se considera esta uma camada com particularidades que devem ser levadas em conta, no âmbito da prestação de serviços de saúde.

A adolescência e juventude são períodos críticos da vida, onde os indivíduos enfrentam vários riscos e desafios na sua transição para a idade adulta.

Os principais problemas desta fase são:

- Oportunidades limitadas de educação e de acesso a informação certa.
- Gravidezes indesejadas.
- ITS e uma crescente exposição à infecção pelo HIV, pela falta ou fraca consciência dos riscos do sexo não protegido e de como se protegerem.
- A gravidez na adolescência para além de um risco aumentado de aborto ilegal e respectivas complicações, acarreta no parto riscos acrescidos para a saúde e vida, tanto da mãe como do recém-nascido, tais como a desproporção feto-pélvica que normalmente conduz a um parto obstruído que, por sua vez, potencialmente leva a fistulas vesico e/ou recto vaginais; a adolescente grávida corre ainda riscos acrescidos de complicações como pré-eclampsia/eclampsia, hemorragia, infecção puerperal, anemia, malnutrição, baixo peso a nascença, e finalmente a morte perinatal e/ou materna.
- Violência Sexual constitui uma forma frequente de Violência Baseada no Género (VBG), variando desde o assédio sexual, inserção de objectos nas aberturas genitais, cópula sem consentimento, até a corrupção infantil e a prostituição forçada.

As principais estratégias aplicadas pelo SAAJ para atenuar estes problemas são:

- Equipar os adolescentes e jovens com informação e habilidades para negociarem e prevenirem as relações sexuais não desejadas e de risco, e para resistirem a pressão de embarcarem em comportamentos de risco como o abuso de álcool e drogas.
- Disponibilidade de serviços de aconselhamento e contracepção.
- Acesso garantido a cuidados de emergência básicos e completos.
- Em relação à VBG, particularmente em relação à violação sexual, a informação deve ser divulgada a nível das escolas, US e comunidades (nestas últimas incluindo também como grupo alvo a mulher adulta, para além da/o adolescente e jovem) sobre os procedimentos e sistemas existentes de denúncia, tratamento e apoio psicológico.

3.3. Livros de registo para monitoria do programa de Saúde Sexual e Reprodutiva

Os livros de registo actualmente usados para o registo de dados sobre saúde sexual e reprodutiva são:

- Livro de registo da CPN - Modelo SIS B01
- Livro de admissão da maternidade – Modelo SIS B02
- Livro de registo da maternidade – Modelo SIS B03
- Livro de registo da CPP – Modelo SIS B04
- Livro de registo de PF – Modelo SIS B05
- Livro de registo de ginecologia – Modelo SIS B06

- Livro de registo da CCR – Modelo SIS B07

BLOCO 4: PAPEL DAS PARTEIRAS TRADICIONAIS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS MULHERES EM MOÇAMBIQUE

A parteira tradicional (PT) é uma agente comunitária de saúde (ACS) que presta cuidados de saúde a mulheres grávidas na comunidade. Geralmente, é alguém que, por experiência própria, vem exercendo esta actividade com conhecimentos que foram passados de geração em geração.

A parteira tradicional capacitada (PTC) é uma mulher seleccionada pela comunidade e capacitada pelo SNS ou por ONGs de acordo com o Programa Nacional e em coordenação com a DPS/SDSMAS, para desenvolver actividades de promoção da saúde e de prevenção de doenças, nas áreas de saúde da mulher e da criança, na comunidade.

Atribuições: são atribuições das Parteiras Tradicionais Capacitadas:

- Divulgar informações básicas para a prevenção de doenças e promoção da saúde materna e neonatal, incluindo as componentes de planeamento familiar (PF), prevenção de ITS/HIV, cuidados na gravidez, importância da testagem e frequência ao PTV, elaboração do plano de seguimento da gravidez, importância do parto institucional, dos cuidados pós-parto para a parturiente e cuidados pós-natais para o recém-nascido;
- Promover a utilização dos serviços de PF, CPN, parto institucional, consulta pós-parto para a mãe e recém-nascido;
- Reconhecer e promover o reconhecimento de sinais de risco na mulher grávida, mulher em trabalho de parto, e no recém-nascido;
- Prestar cuidados básicos de saúde materna na comunidade como: distribuir preservativos, assistir a um parto com higiene, no caso de não ser possível a referência;
- Reconhecer as complicações como hemorragia pós-parto, prolapso do braço ou cordão umbilical e convulsões, e referir imediatamente para a US;
- Prestar cuidados básicos de saúde ao recém-nascido, como cuidados higiénicos do cordão umbilical, manter o RN aquecido e promover o método mãe canguru para os bebés de baixo peso, amamentação dentro da 1ª hora após o parto, e reconhecer os sinais de risco e referir o RN à US atempadamente, assegurando o seu aquecimento;
- Divulgar e promover a utilização da “casa de mães em espera de trabalho de parto” para a mulher grávida;
- Registar e providenciar informações sobre as actividades que desenvolvem.

As estratégias para promoção do engajamento das PTs com o sistema de saúde incluem:

- *Fortalecer a capacidade das parteiras tradicionais para o desempenho das suas funções, através:*
 - Da capacitação, com qualidade, das PTs para o exercício das suas actividades;
 - Da implementação de um sistema regular de supervisão e apoio à PT, utilizando as Brigadas Móveis, para reforçar a sua capacitação e actualização;
 - Da realização de actividades de sensibilização das várias estruturas comunitárias e governamentais, para a promoção do reconhecimento do trabalho das PTs;
 - Do fornecimento regular dos materiais necessários para o trabalho das PTs (como Kits de parto higiénicos, preservativos, folhetos informativos).

- *Melhorar o sistema de referência das mulheres e recém-nascidos da comunidade para a US, com apoio da PT, através:*
 - Da identificação e implementação de mecanismos que facilitem o encaminhamento de grávidas, parturientes, puérperas e recém-nascidos da comunidade para a US;
 - Da aquisição e distribuição de bicicletas-ambulância.
- *Assegurar a ligação das PTs com as US, assim como a monitoria e avaliação dos esforços para a redução da morbi-mortalidade e promoção da saúde materna e neonatal na comunidade, através:*
 - Da definição e implementação de mecanismos para o fortalecimento da comunicação e articulação das PTs com as US;
 - Da garantia da monitoria e avaliação das actividades desenvolvidas/realizadas pelas PTs.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1.** Define-se morte materna como a morte de uma mulher durante a gestação, parto ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação (puerpério), independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação à gravidez.
- 5.2.** Segundo o relatório de avaliação nacional de necessidades sobre saúde materna e neonatal de 2006/2007, a mortalidade materna em Moçambique está muito elevada, com uma razão de 473 casos em cada 100.000 nados vivos.
- 5.3.** Os programas de promoção de saúde sexual e reprodutiva incluem uma série de intervenções, que abrangem não só a mulher, mas também a criança, e a família em geral.
- 5.4.** No nosso país, os serviços de saúde materno infantil são prestados de forma integrada, contínua, e abrangente, iniciando no seguimento da mulher adolescente e jovem (SAAJ), continuando com o seguimento da mulher durante a gravidez, parto (CPN), pós-parto, e seguimento da criança no período neonatal e infância.
- 5.5.** A consulta pré-natal propriamente dita, é aquela em que se segue a mulher grávida, desde a altura do diagnóstico da gravidez, até ao peri-parto.
- 5.6.** A parteira tradicional (PT) é uma agente comunitária de saúde (ACS) que presta cuidados de saúde a mulheres grávidas na comunidade. Geralmente, é alguém que, por experiência própria, vem exercendo esta actividade com conhecimentos.
- 5.7.** A parteira tradicional capacitada (PTC) é uma mulher seleccionada pela comunidade e capacitada pelo SNS ou por ONGs de acordo com o Programa Nacional e em coordenação com a DPS/SDSMAS, para desenvolver actividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, nas áreas de saúde da mulher e saúde da criança, na comunidade.