



Especialização em Saúde da Família - Modalidade a Distância

Assistência e Diagnóstico, aborto, pré-natal, parto e puerpério



Assistência e Diagnóstico

Na assistência à adolescente gestante, o diagnóstico precoce é essencial para a avaliação e o controle permanente do risco, desde o início da gestação. Deve-se considerar, de modo especial e integral, a preparação para o parto e para a maternidade desde a primeira consulta pré-natal.

Ao estudarmos os motivos que levam as adolescentes a não prevenirem a gravidez, podemos encontrar a negação da possibilidade da gestação, a falta de informação e o próprio desejo, consciente ou não, de engravidar. Tais fatos fazem com que muitas adolescentes não procurem os serviços médicos e escondam a gravidez.

As alterações fisiológicas normais desta faixa etária, com os ciclos menstruais irregulares nos dois anos pós-menarca, e a falta de conhecimento do funcionamento do próprio corpo dificultam o diagnóstico precoce da gestação. Cabe ao profissional de saúde analisar as queixas e não descartar a hipótese de gravidez. Em relação às adolescentes, o diagnóstico diferencial de gravidez deve ser investigado, não só nos atrasos menstruais, mas também em situações nas quais nenhum diagnóstico de certeza é alcançado na primeira avaliação. A anamnese é parte importante no diagnóstico precoce da gestação em adolescentes, por permitir a construção de um perfil do comportamento sexual e do grau de risco.

São sinais e sintomas da gravidez:

- a) alterações de ordem geral (manifestações neurovegetativas, como náuseas, vômitos, sialorreia, vertigem, polaciúria, nictúria, alterações pigmentares, pigmentação acentuada da aoreola mamária, aumento de volume abdominal);
- b) alterações associadas ao aparelho genital (amenorreia, distúrbios menstruais, aumento do volume e modificações na forma do útero, sinais mamários como mastodínia, aumento de volume e da vascularização);
- c) identificação da fração beta do hormônio gonadotrófico coriônico no sangue, que se pode positivar em torno de 15 dias após a nidação.

A identificação da fração beta do hormônio gonadotrófico coriônico no sangue é mais sensível que o teste imunológico realizado na urina, que só é positivo após 10 a 14 dias de atraso menstrual. Com a ultrassonografia (USG) pélvica, pode-se diagnosticar o saco gestacional na quinta semana de gestação. A imagem do embrião aparecerá entre a sétima e a oitava semana, junto com os batimentos cardíacos fetais. Através da USG transvaginal, o saco gestacional pode ser identificado com 32 dias de gestação e o embrião, entre a quinta e a sexta semana.

O exame clínico através do toque bimanual pode mostrar indícios da gestação antes mesmo de completado o segundo mês. O diagnóstico de certeza só pode ser firmado com a ausculta dos batimentos cardíofetais pelo sonar Doppler por volta da décima semana. Ao confirmar a gravidez e determinar a idade gestacional, é importante analisar o que este momento representa para a adolescente e

dar o apoio necessário para ela enfrentar a situação, ajudando na comunicação com a família e esclarecendo as dúvidas acerca da gestação e seus riscos.

Aborto

Uma situação extremamente preocupante, com consequências por vezes desastrosas, é o aborto, especialmente se praticado em condições precárias. A decisão de interromper a gestação não é rara entre as adolescentes, principalmente as de nível sócioeconômico mais elevado e com melhores perspectivas de vida. Nas classes sociais mais baixas, a maternidade é mais aceita, porém as gestantes correm risco maior quando recorrem ao aborto.

No Brasil, 26% dos partos ocorrem na adolescência (até 19 anos). Entre nós, a discussão do aborto é fortemente influenciada por diversos fatores de ordem política, moral, religiosa e, principalmente, pelo fato de as leis vigentes limitarem sua prática a casos específicos de estupro ou de risco de vida materno. Por isso, é difícil dispor de estatísticas detalhadas sobre o aborto no Brasil. Ainda assim, as estatísticas referentes a curetagens pós-aborto permitem avaliar a magnitude do problema (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

Essa situação torna-se mais grave quando as estatísticas de aborto do segundo trimestre de gestação são consideradas. Além de trazer consequências éticas e emocionais graves, o aborto praticado nesta fase aumenta o risco de morte materna, principalmente quando realizado em condições precárias. Por motivos econômicos e também por medo de ser descoberta, a adolescente acaba procurando pessoas não qualificadas para o procedimento, quase sempre realizado sem condições mínimas de assepsia e com elevado risco de morte, em especial por infecção ou hemorragia (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

No acompanhamento pós-abortamento, o suporte psicológico e a orientação contraceptiva são fundamentais para evitar gestações futuras, estados depressivos, mudanças de comportamento e distúrbios sexuais (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

Pré-Natal

Existem, atualmente, muitos programas voltados para a assistência à adolescente gestante, com o objetivo de prepará-la para o parto e para a maternidade. De modo geral, o modelo consiste em acompanhamento continuado das adolescentes por equipes multidisciplinares, envolvendo médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas, sob a forma de atendimento individual e de grupo (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

O objetivo do pré-natal é assegurar que a gravidez transcorra sem intercorrências e termine com o nascimento de um bebê saudável, sem o comprometimento da saúde da adolescente, em todos os seus aspectos (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

O pré-natal deve começar o mais cedo possível para que as medidas profiláticas tenham eficácia. O exame físico geral e o especializado podem detectar doenças subclínicas não diagnosticadas previamente, possibilitando tratamento oportuno, prevenindo

complicações (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

Na gestação, as adolescentes costumam estar mais receptivas a orientações de saúde. Muitas vezes este é o primeiro contato com um serviço de saúde. Além disso, este é um momento de assiduidade ao serviço pelas características próprias da assistência pré-natal. Deve-se encarar tal situação como uma oportunidade de atenção integral à adolescente. Além das orientações sobre a gravidez, o parto e cuidados com o recém-nascido e aleitamento, é importante buscar mudanças no comportamento no sentido de que esta adolescente comece a ter uma postura preventiva em relação a seu bem estar biológico, social e psicológico (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

Na primeira consulta do pré-natal, é feita uma avaliação geral, buscando identificar possíveis fatores de risco maternos e perinatais. Este momento é fundamental para o estabelecimento de um vínculo de confiança com a adolescente e, se possível, com o pai e família. A anamnese deve incluir dados socioeconômicos, culturais, emocionais, físicos e familiares. O exame físico e os complementares possibilitam determinar a idade gestacional, identificar doenças associadas (anemias, infecções, cardiopatias, nefropatias, diabetes, endocrinopatias e outras) e avaliar o estado nutricional (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

A adolescente deverá ser orientada quanto à atividade física, cuidados com o corpo, alimentação, atividade sexual, risco do uso de drogas, e sobre como conviver melhor com as chamadas queixas próprias da gravidez (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

Recomenda-se que as consultas subsequentes sejam agendadas de 15 em 15 dias, até a trigésima quinta semana, quando passarão a ser semanais (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

A avaliação clínica inclui: a medida da altura do fundo uterino, a ausculta dos batimentos fetais, o ganho ponderal, a aferição da pressão arterial, o estado nutricional.

Manifestações clínicas indicativas de complicações obstétricas como toxemia gravídica, rotura prematura de membranas, infecções do trato urinário, DST, anemias e desnutrição devem ser rotineiramente pesquisadas.

Em torno da vigésima oitava semana deverá ser feita nova avaliação laboratorial. Exames complementares, como USG, cardiocotografia (CTG) basal, dopplerfluxometria, utilizados para a avaliação da idade gestacional, vitalidade e viabilidade fetal serão realizados quando necessário. O exame vaginal será efetuado rotineiramente no final da gestação para avaliar a apresentação fetal, a pelve e as condições do colo uterino ou sempre que necessário (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

Em termos gerais, o ganho ponderal total durante a gravidez deve se situar em torno de 10 a 12 kg. A maior demanda de cálcio, ferro e ácido fólico durante a gravidez deve ser considerada, bem como as necessidades próprias da adolescência na elaboração do programa nutricional da adolescente gestante (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

Devemos orientar as adolescentes em relação à importância do aleitamento materno para sua saúde e do recém-nascido e

desmistificar determinados tabus, como as mamas pequenas não terem leite, o prejuízo na estética da mama (o que mais interfere na estética da mama é a hereditariedade, a idade e, por último, a gravidez) (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

Durante a gestação, a higiene oral não deve ser esquecida. A embebição gravídica atinge as gengivas, que se tornam mais sensíveis a traumas e processos inflamatórios (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

As vacinas com germes vivos e atenuados estão contraindicadas durante a gestação. A vacinação antitetânica é recomendada. A prescrição de medicamentos na gestação deve ser criteriosa, sendo que o maior risco corresponde à fase da embriogênese.

Parto

O temor do parto é comum a todas as mulheres, mas adquire característica especial entre as gestantes adolescentes, que relacionam sua juventude a uma suposta incapacidade para levá-la a cabo e associam imaturidade psicológica com incapacidade biológica para parir, culminando com o medo de morrer no parto.

Durante a gravidez, o ideal é que as adolescentes tenham um espaço específico de atendimento que inclua dinâmicas de grupo, forma ideal para discutir os medos, ansiedades, fantasias e mitos sobre o parto, esclarecer dúvidas e ensinar noções básicas de puericultura (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

Puerpério

O puerpério, cuja duração varia de mulher para mulher, caracteriza-se por profundas modificações genitais, gerais e psíquicas, com gradativo retorno ao período não gravídico. Com a dequitação da placenta, ocorre uma queda dos hormônios esteroides, levando a um período de atrofia genital até o retorno das funções endócrinas plenas dos ovários (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

A maioria dos programas para gestantes adolescentes focaliza sua atenção exclusivamente nos períodos de gestação e puerpério imediato, esquecendo que, após o parto, ela se torna mãe adolescente, passando a vivenciar uma dupla situação de crise, a adolescência e a maternidade. O puerpério apresenta a mulher à realidade da maternidade. Independentemente dos motivos que a levaram à gravidez, existe uma satisfação em comprovar a fertilidade e a capacidade de gerar um filho. A necessidade de cuidar diariamente de uma criança leva à conscientização da mudança de perspectiva de vida (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

Os programas de pré-natal devem dar assistência às adolescentes até o primeiro ano de vida do bebê. A primeira consulta de revisão pós-natal deverá ser marcada entre sete e 10 dias pós-parto, devido à necessidade de uma avaliação clínica e reforço imediato referente às noções de aleitamento e de higiene, dando-se ênfase às informações sobre as transformações pelas quais o corpo vai passar neste período de transição. A puérpera deverá ser orientada quanto aos lóquios, fluxos genitais decorrentes da drenagem

uterina puerperal, que de início são sanguíneos, de volume variável, não ultrapassando o de um fluxo menstrual. Após o quinto dia, tornam-se gradativamente acastanhados, depois sero-sanguinolentos e, finalmente, serosos. O odor fétido é sinal de infecção.

A atividade sexual pode ser retomada após o trigésimo dia do parto, tempo necessário para a recuperação da área de inserção placentária. O relacionamento sexual precoce predispõe a infecções ascendentes. O fluxo menstrual volta entre 45 e 60 dias nas pacientes que não amamentam (quando ocorre aleitamento exclusivo, o retorno da menstruação varia, podendo ocorrer somente após o término do aleitamento).

O retorno da ovulação também é variável, podendo ocorrer sem a menstruação (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

Os cuidados com as mamas deverão ser reforçados, visando prevenir ocorrências que possam dificultar o aleitamento. A dieta é semelhante à da gestação, sendo recomendada a ingestão de líquidos (em média 2 litros por dia) com a finalidade de repor a água secretada pelo leite. Devemos alertar quanto à transferência de drogas para o bebê através do leite. A prescrição de medicamentos deve ser controlada. O álcool e o fumo devem ser evitados, assim como maconha e cocaína (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

A segunda consulta será realizada 30 dias após o parto e, se a adolescente tiver uma recuperação física mais rápida, esta tende a retomar sua atividade sexual mais precocemente. Com isso, deve ser iniciado o programa de anticoncepção. Os anticoncepcionais hormonais compostos só de progestágeno, por não exercerem efeitos sobre a lactação e nem sobre o leite, são recomendados. O uso do condom é aconselhável (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

As consultas subsequentes, mensais e desde o início em conjunto com o bebê, devem abordar temas como: aleitamento, cuidados com contracepção, nutrição e, principalmente, troca de experiências, ampliando o universo de conhecimento da adolescente.