

O que os homens sabem sobre a gravidez nas mulheres?

O que as mulheres não sabem sobre a sua própria gravidez!

1 - O que é gravidez ectópica, sintomas, tratamento e fatores de risco

Por Redação Minuto Saudável 30/06/2017

O que é Gravidez Ectópica?

A gravidez ectópica é uma gestação que ocorre no lugar errado, geralmente o óvulo se aloja na tuba uterina, diferente da gestação comum. Uma gestação como essa nunca pode seguir em frente, pois causa diversos danos e riscos para a paciente.

Em uma gestação comum, o óvulo é fertilizado no útero, já na ectópica ele se aloja fora do útero, mais comumente ocorre na trompa de Falópio. Esse tipo de gravidez ocorre quando acontece algo errado nos dois últimos passos da fecundação: a migração do óvulo pela tuba uterina em direção ao útero e a implantação do mesmo na parede do útero.

A taxa de ocorrência de uma gravidez ectópica é de cerca de 1 a 2%. Dentre essas, 95%, a maioria, são classificadas como gravidez tubária, pois o óvulo se fecunda nas tubas uterinas. Nos 5% restantes, a implantação do óvulo ocorre em outros locais, como no ovário, colo do útero e na cavidade abdominal.

Esse tipo de gravidez pode gerar um aborto espontâneo, já que as trompas não tem nutrientes suficientes para desenvolver o embrião, então o mesmo acaba morrendo e o próprio organismo o expulsa. Caso o feto consiga se desenvolver, a paciente deverá passar por um tratamento para retirar o embrião, já que a tuba é muito pequena e pode se romper com o crescimento do mesmo.

Uma gravidez ectópica causa diversos danos às estruturas da paciente e pode até fazer com que a mesma corra risco de vida. No início do século XX, a taxa de mortalidade das pacientes que sofriam desse caso era de 50%. Atualmente, com as novas técnicas de diagnóstico e tratamento, a taxa de mortalidade diminuiu drasticamente para menos de 0,05%.

Uma gravidez ectópica somente pode se estender até a 12ª ou 14ª semana e seu diagnóstico normalmente é feito próximo da 8ª semana de gestação. O embrião demora aproximadamente 5 dias, após a fecundação, para se fixar na trompa, já o rompimento da mesma leva mais tempo, podendo acontecer em torno da 6ª ou 7ª semana. Portanto, o diagnóstico precoce é essencial para manter a saúde da paciente.

Causas da gravidez ectópica

Não se sabe ao certo o que causa a gravidez ectópica. Porém, em seus casos mais comuns (gravidez tubária), a principal causa é alguma lesão na tuba uterina, o que dificulta ou bloqueia a passagem do óvulo até o útero.

Essas lesões podem ser devidas a:

- [Tabagismo](#) ou [alcooolismo](#);
- Doença inflamatória pélvica, que pode surgir a partir de infecções por [clamídia](#) ou [gonorreia](#);
- Inflamação ou cicatrizes nas trompas;
- Condições médicas que afetam o formato e a condição das trompas e dos órgãos reprodutivos;
- Dispositivo intrauterino ([DIU](#));
- Tratamentos para infertilidade;
- Cirurgias tubárias;
- [Laqueadura](#);
- [Endometriose](#);
- Malformação das trompas;
- Fatores hormonais;
- Anomalias genéticas;
- Defeitos congênitos.

Grupos de Risco

Qualquer mulher sexualmente ativa corre risco de sofrer uma gravidez ectópica, porém existem alguns fatores que podem aumentar a probabilidade desse tipo de gravidez.

Fatores que elevam muito o risco

- Inflamações ou infecções na trompa;
- Formato incomum da trompa;
- Histórico de cirurgia pélvica;
- Falhas na laqueadura;
- Gravidez ectópica anterior, pois seu nível de reincidência é de 30%;
- Uso incorreto do DIU;
- Histórico de abortos, tanto naturais quanto induzidos.

Fatores que elevam moderadamente o risco

- Pacientes fumantes;
- Gravidez auxiliada por tratamentos ou medicamentos para infertilidade;

- Histórico de DSTs;
- Histórico de múltiplos parceiros sexuais.

Fatores que elevam ligeiramente o risco

- Histórico de cirurgia abdominal ou pélvica;
- Costume de realizar ducha vaginal;
- Gravidez antes dos 20 e depois dos 40 anos.

Sintomas da gravidez ectópica

No início, a gravidez ectópica tem os mesmos sintomas de uma gravidez comum, ocorrendo atrasos na menstruação, [fadiga](#), náusea, seios sensíveis e inchados e aumento da micção. Porém, alguns sintomas dessa doença aparecem entre a 6ª e a 8ª semana de gravidez. São eles:

- Hemorragia vaginal, que pode ser moderada ou intensa;
- Dor abdominal ou pélvica, que piora com movimento ou esforço;
- Dores no coito ou durante um exame pélvico;
- Tonturas, vertigens ou desmaios causados por uma hemorragia interna;
- Sinais de choque hipovolêmico;
- Dores que se irradiam pela região abdominal e para o ombro.

As dores abdominais geralmente são unilaterais, mas também podem ser difusas e com maior intensidade do lado da trompa afetada. Dependendo do grau de evolução da doença, a dor varia entre moderada e intensa. Já o sangramento vaginal costuma ser leve e a coloração pode variar entre vermelho vivo e escuro normalmente é diferente do sangramento menstrual.

Caso haja ruptura da trompa, a dor abdominal torna-se intensa e podem aparecer sinais de [peritonite](#), inflamação do peritônio, uma membrana que reveste os órgãos intra-abdominais. Quando isso ocorre, o sangramento será volumoso e a paciente corre risco de entrar em choque circulatório.

Na maioria dos casos, a paciente não percebe sinais da gravidez ectópica e acaba procurando atendimento médico pelos seguintes sintomas, que nem sempre ocorrem ao mesmo tempo:

- Dor abdominal;
- Atraso menstrual;
- Sangramento vaginal.

Se houver suspeita de gravidez ectópica, procure atendimento médico imediatamente, pois esse problema pode ser fatal se não tratado a tempo.

Diagnóstico da gravidez ectópica

Se você passar por qualquer um destes sintomas, deve procurar a emergência:

- Se desmaiou ou perdeu a consciência;
- Se teve um sangramento vaginal intenso;
- Se teve uma dor súbita e intensa na barriga ou na pélvis.

Caso sinta qualquer destes outros sintomas, uma consulta deve ser marcada com seu ginecologista ou obstetra o mais rápido possível:

- Se está sentindo tonturas ou vertigens;
- Se acha que pode desmaiar;
- Se teve um sangramento vaginal;
- Se sentiu [cãibra](#) ou dores na barriga ou na pélvis.

Para o diagnóstico, podem ser realizados alguns exames, tais como:

- Testes de confirmação de gravidez;
- Exames pélvicos, que pode detectar uma obstrução nas trompas;
- Ultrassonografia pélvica transvaginal ou abdominal, a segunda é comum no início da gestação e permite visualizar se o embrião está fora do útero;
- Alguns exames de sangue para confirmar os níveis de HCG, hormônio da gravidez, que se estiverem baixos podem confirmar uma gravidez ectópica ou um aborto espontâneo.

Caso esses exames não consigam chegar a um diagnóstico preciso, podem ser realizados outros exames, como a punção do fundo do saco vaginal com agulha grossa, que determina a presença de sangue dentro da cavidade abdominal, e a laparoscopia diagnóstica, um procedimento cirúrgico que é mais utilizado para o tratamento da gravidez ectópica do que para diagnosticá-la de fato.

Chegar preparado para a consulta pode facilitar o diagnóstico, portanto o paciente pode levar algumas informações:

- Uma lista com todos os sintomas e há quanto tempo eles apareceram;
- Um histórico médico que inclua outras condições e os medicamentos ou suplementos que o paciente toma regularmente.

Tratamento para gravidez ectópica

O tratamento da gravidez ectópica vai depender do grau de avanço da gestação. Na maioria das vezes, ela é tratada imediatamente, pois, em caso contrário, pode prejudicar a saúde da mulher.

Se for detectada precocemente, pode-se optar pelo tratamento medicamentoso ou cirúrgico. Já quando é detectada em estado avançado, a paciente deve seguir imediatamente para o tratamento cirúrgico.

Tratamento medicamentoso

O medicamento normalmente utilizado neste tratamento é o [metotrexato](#) por via intramuscular, em dose única. Este tratamento pode poupar a paciente de uma cirurgia, porém só pode ser utilizado quando se tem um diagnóstico precoce.

Esse tipo de tratamento tem como objetivo o embrião ser reabsorvido pela paciente ou expelido na menstruação. Porém, pode causar efeitos colaterais e requisitar diversos exames de sangue para verificar os níveis de hormônio, com a intenção de descobrir se o tratamento está progredindo.

Para fazer o tratamento medicamentoso existem alguns requisitos:

- Os níveis de HCG devem estar baixos (menos de 5.000);
- O embrião não pode ter nenhuma atividade cardíaca;
- O embrião deve ter menos de 4 cm;
- Não deve haver rupturas na trompa.

O obstetra, após a injeção, acompanha a paciente para medir os níveis de HCG, que devem cair gradativamente até chegar a zero. Caso não haja resposta após a injeção, uma segunda dose deve ser administrada.

Atenção!

NUNCA se automedique ou interrompa o uso de um medicamento sem antes consultar um médico. Somente ele poderá dizer qual medicamento, dosagem e duração do tratamento é o mais indicado para o seu caso em específico. As informações contidas nesse site tem apenas a intenção de informar, não pretendendo, de forma alguma, substituir as orientações de um especialista ou servir como recomendação para qualquer tipo de tratamento. Siga sempre as instruções da bula e, se os sintomas persistirem, procure orientação médica ou farmacêutica.

Tratamento cirúrgico

Na maioria das vezes, este tipo de tratamento é feito por uma cirurgia laparoscópica, que tem o objetivo de remover o embrião e reparar as áreas danificadas da trompa.

Geralmente esse tratamento ocorre de maneira emergencial, isto é, quando a gravidez ectópica já está em um estágio avançado e causa sintomas graves, como sangramento intenso e altos níveis de HCG.

Em casos emergenciais com sangramento intenso ou ruptura da trompa, a cirurgia aberta tradicional é a mais indicada. A trompa nem sempre pode ser reparada e, nesses casos, ela é retirada para controle da situação.

Conduta expectante

Em casos nos quais a gravidez ectópica parece estar abortando por conta própria, o paciente pode não precisar de tratamento. O acompanhamento médico será apenas para se certificar de que os níveis de HCG estão diminuindo.

Pacientes que passaram pela cirurgia podem precisar tomar metotrexato após o tratamento.

Fertilidade

Se a trompa não tiver sido danificada pela gravidez ectópica, as chances de engravidar novamente continuam iguais. Mas, em caso de uma das trompas ter sido danificada ou sofrido lesões extensas, as chances de engravidar diminuem, principalmente se a outra trompa estiver comprometida por doenças inflamatórias ou por [endometriose](#). Se a trompa tiver sido retirada, a mulher ainda pode engravidar posteriormente, se a outra trompa estiver saudável.

Mesmo que as chances de gravidez diminuam, é muito possível que ela aconteça. Cerca de 65% das mulheres engravidam de novo após um ano e meio da gestação ectópica.

Complicações da gravidez ectópica

A principal complicação da gravidez ectópica são as físicas, como a possível ruptura da trompa de Falópio, o que leva ao sangramento intenso e pode causar uma hemorragia com riscos de vida para a paciente.

Para evitar essas complicações físicas, é necessário que a gravidez ectópica seja diagnosticada precocemente. Quanto mais tarde na gestação ocorra o diagnóstico, mais provável que a trompa se rompa e que aumentem os riscos de uma próxima gravidez ectópica.

Outra complicação que pode ocorrer se relaciona ao impacto emocional de perder uma gravidez. É muito comum, nessa fase, que a mulher passe pelo luto. Porém, o impacto não ocorre só na paciente, podendo atingir também seu parceiro, familiares e amigos.

Alguns sintomas do luto pelos quais a mulher pode passar são:

- Cansaço;
- Falta de apetite;
- Dificuldade de concentração;
- [Insônia](#).

A paciente também pode experienciar alguns sintomas emocionais após a perda, como:

- Culpa;
- Choque;
- [Raiva](#), algumas vezes direcionadas ao parceiro ou a amigos e familiares que passaram por gestações bem sucedidas;
- Tristeza.

Esses sintomas costumam ser piores entre a 4ª e 6ª semana após a perda, até que comecem a melhorar gradualmente.

Convivendo

É comum a paciente se preocupar com uma próxima gestação quando enfrenta uma gravidez ectópica, bem como com a relação do casal durante o período de luto. Nesse caso, aconselhamento e um tratamento psicológico pode se fazer necessário. Grupos de suporte para mulheres que sofreram a perda de uma gravidez pode ser a melhor escolha.

Em casos como esses, comunique seu médico pois ele saberá te aconselhar e responder suas dúvidas baseando-se nos seus fatores de risco específicos.

Caso passe por uma perda após uma gravidez ectópica, dê tempo a você e a seu parceiro, para que ambos se recuperem, antes de tentar novamente. Nesses casos, também é comum que se desenvolva uma [depressão](#) e, caso o quadro se estenda para mais de duas semanas, procure a assistência de um médico especialista, como um psicólogo.

O tratamento medicamentoso com metotrexato pode causar alguns efeitos colaterais, sendo os mais comuns as náuseas e a indigestão. Esses efeitos podem variar e, em alguns casos, inexistentes.

As dicas abaixo podem ajudar a paciente a controlar os efeitos colaterais do medicamento.

Para náuseas

- Faça refeições pequenas e com mais frequência, ao invés de três grandes refeições por dia;
- Consulte um médico para saber se poderá utilizar medicamentos para náusea;
- Descanse o máximo possível;
- Tente eliminar odores fortes ao seu redor;
- Não faça uso de drogas e esteróides;
- Beba muita água para evitar [desidratação](#).

Para fadiga

- Planeje períodos de descanso durante o dia;
- Peça ajuda de familiares e amigos.

Para tontura ou vertigem

- Descanse com maior frequência;
- Quando for trocar de posição ou se levantar, faça isso lentamente;
- Peça ajuda enquanto estiver andando, caso se faça necessário.

Para feridas na boca e garganta

- Evite tomar café, consumir alimentos condimentados e salgados ou frutas cítricas;
- Coma alimentos leves;
- Enxágue a boca com água salgada morna a cada 2 horas. Não engula a água, pois pode perturbar o seu estômago.

Para [diarreia](#)

- Coma alimentos leves;
- Evite consumir alimentos picantes, álcool, café e produtos lácteos;
- Beba muita água para evitar a desidratação.

Prevenção

Não é possível prevenir completamente uma gravidez ectópica, porém pode-se diminuir alguns grupos de risco. Por exemplo, prevenir-se de doenças sexualmente transmissíveis, utilizando [camisinha](#), além do uso de métodos anticoncepcionais adequados e o planejamento de uma gravidez para entre os 20 e 40 anos são maneiras bastante eficientes.

Caso já tenha tido uma gravidez ectópica, converse com seu médico antes de engravidar novamente, pois, quando isso acontecer, o médico irá monitorar cuidadosamente a sua condição. Caso já esteja grávida, é importante fazer um exame para verificar as condições do feto logo nos primeiros meses.

Não há formas de prevenir a gravidez ectópica, porém há formas de diminuir os fatores de risco. Compartilhe esse artigo com seus familiares e amigos para que eles também possam conhecê-las!

Referências

<http://brasil.babycenter.com/a1500624/gravidez-ect%C3%B3pica>

<http://www.mdsaude.com/2013/10/gravidez-ectopica.html>

<http://ectopica.com.br/>

https://pt.wikipedia.org/wiki/Gravidez_ect%C3%B3pica

<https://www.maemequer.pt/estou-gravida/saude-e-bem-estar/complicacoes-na-gravidez/gravidez-ectopica/>

<https://www.tuasaude.com/sintomas-de-gravidez-ectopica/>

<https://www.tuasaude.com/gravidez-ectopica/>

<https://www.womenonweb.org/pt/page/525/what-is-an-ectopic-pregnancy-and-how-do-you-know-you-have-one>

<https://www.abcdasaude.com.br/ginecologia-e-obstetricia/gravidez-ectopica>

(*) autora: FARMACÊUTICA RESPONSÁVEL

Dra. Francielle Tatiana Mathias - Farmacêutica generalista (CRF/PR 24612) com mestrado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (2013) e doutorado em Farmacologia pela Universidade Federal do Paraná (2018)

(Fonte: <https://minutosaudavel.com.br/o-que-e-gravidez-ectopica-sintomas-tratamento-e-fatores-de-risco/>, data de acesso: 10/08/2018)

2 - O puerpério e suas complicações

Enviado por: *Gabriele Braga*

Puerpério

Período variável, de evolução diferente de mulher para mulher, onde concomitante ao efetivo exercício da maternidade a mulher experimenta profundas modificações genitais, gerais e psíquicas, com gradativo retorno ao período não gravídico. O puerpério inicia-se após a dequitação da placenta ou pela cessação de sua função endócrina nos casos de morte ovular, e divide-se em três etapas:

Puerpério imediato (1º ao 10º dia) Puerpério tardio (10º ao 45º dia) Puerpério remoto (após o 45º dia) Com a dequitação da placenta a mulher perde, subitamente, a sua fonte produtora de estrógenos, uma vez que os ovários tinham sua função bloqueada durante a gravidez, após cumprida a função do corpo lúteo. A queda dos hormônios esteróides que inibiam o efeito da prolactina, aliada a uma liberação aumentada da prolactina como efeito da sucção, determina o início da lactação. Ainda por conta do hipostrogenismo a puérpera irá experimentar um período de atrofia genital, denominado de "crise genital" até que os ovários retornem a sua função endócrina plena, período este variável e dependente da função da lactação.

Involução Uterina

A manutenção da contractilidade, uterina após a dequitação da placenta promoverá a involução do útero, bem como a hemóstase do sítio de inserção placentária (globo de segurança de Pinard), que será sucedido pela trombose local dos vasos (fase de trombotamponagem).

Nas primeiras 24 horas o útero alcança a cicatriz umbilical, mantendo um dextrodesvio, e apresentando-se de consistência firme. A involução far-se-á em ritmo irregular, a uma razão aproximada de 1 cm por dia, de modo que no 10º dia do puerpério já não será mais palpado acima da sínfise púbica, e seu peso que era de 1.000g estará reduzido a menos da metade, sendo que o processo de involução continuará por cerca de cinco a seis semanas.

A cavidade uterina por sua vez sofre um processo de necrose e eliminação da decídua parietal, passando a regenerar-se pela proliferação do epitélio glandular, por ação estrogênica, após o 25º dia. O sítio de inserção placentária será regenerado progressivamente a partir do endométrio vizinho por um período que se prolonga até o puerpério remoto.

Lóquios

O fluxo genital decorrente da drenagem uterina puerperal denomina-se lóquios. De início o fluxo é sanguíneo (lochia rubra) de volume variável, normalmente não ultrapassando o de um fluxo menstrual, já a partir do 5º dia de puerpério tornam-se acastanhados (lochia fusca), tornando-se, gradativamente serrossangüíneos (lochia flava) por volta do 10º dia, e finalmente tornam-se apenas serosos (lochia alva). O odor é característico e depende da flora vaginal da mulher, podendo tornar-se fétido quando da ocorrência de infecção. Nas nutrízes ou nas mulheres submetidas à operação cesariana com limpeza abundante da cavidade uterina, os lóquios costumam ser de menor intensidade.

Colo

Imediatamente após o parto o colo apresenta-se com bordos edemaciados, limites imprecisos e com pequenas lacerações que terão resolução espontânea. A regressão do diâmetro cervical é progressiva, e por volta do 10º dia já se apresenta impérvio, com orifício em fenda na maioria das mulheres que tiveram parto vaginal.

Vagina

No pós-parto imediato a vagina encontra-se edemaciada, congesta, e com grande relaxamento das paredes vaginais, alterações que regridem após os dois primeiros dias. Ocorre nas primíparas, lacerações do hímen, que após cicatrizado, constituirão as carúnculas mirtiformes. A alteração mais importante é a atrofia da mucosa vaginal resultante do hipoenestrogenismo, é a crise vaginal, que inicia sua recuperação por volta do

25º dia, fato comum às que tiveram parto vaginal ou cesáreo. O retorno do esfregaço vaginal à normalidade é individual e habitualmente retardado nas nutrizes. Embora a rugosidade da mucosa retorne gradativamente, a redução da mesma é evidente a cada parto.

Vulva e Períneo

Apresentam-se edemaciadas e congestionadas, retornando à normalidade rapidamente, lacerações pequenas são frequentes e cicatrizam espontaneamente. A ocorrência de botões hemorroidários é frequente, pela congestão venosa e pela compressão do plexo hemorroidário provocado pela passagem do feto no canal de parto. A regressão costuma ser espontânea.

Assoalho Pélvico A musculatura pode sofrer distensões e lacerações que, num futuro próximo darão origem a distopias genitais, ocorrência evitada com exercícios pré e pós-natal desses grupos de músculos, e com adequada assistência obstétrica ao parto.

Modificações Gerais: Aparelho Circulatório

Nas primeiras horas e dias do puerpério, ocorre um aumento do débito cardíaco, provocado pela incorporação de 1.000 a 1.200 ml de sangue represado ao nível da pelve e membros inferiores. O diafragma desce permitindo o desaparecimento da alcalose respiratória. e retorno do coração à sua posição original, e conseqüente normalização do seu eixo elétrico. Diminui a pressão venosa dos membros inferiores, com conseqüente melhora das varizes e edemas. A ausculta cardíaca tende a normalizar-se após o 10º dia, desaparecendo o sopro sistólico de hiperfluxo em foco mitral

Aparelho Digestivo Com o retorno progressivo das vísceras abdominais ao seu sítio anatômico de origem, e a diminuição da ação progesterônica na musculatura lisa do tubo digestivo, diminuindo-lhe o peristaltismo, tende a regredir o quadro de obstipação frequente durante a gestação. O tempo de esvaziamento gástrico que se encontrava aumentado, também tende a normalizar-se. O relaxamento da musculatura abdominal e perineal, a episiotomia e hemorróidas, podem retardar a primeira evacuação pós-parto. Nas pacientes submetidas a operação cesariana, a ocorrência temporária de íleo paralítico pode causar distensão, abdominal e obstipação por 48 ou 72 horas.

Aparelho Urinário

Nos primeiros dias de puerpério a bexiga puerperal fica com a capacidade aumentada e pode reter grandes volumes de urina, por conta do edema e lesões traumáticas do trígono vesical e da uretra. Incontinência urinária devido a lesões traumáticas ou atonia esfinteriana pode ocorrer nos primeiros dias e raramente perpetuar-se. A maior capacidade vesical, a retenção urinária, e a cateterização vesical predis põem à ocorrência de infecção nesse período. A dilatação ureteral e sua posição anatômica tendem à normalidade num período de quatro a seis semanas.

Alterações Sangüíneas

Na primeira semana do puerpério ocorre uma leucocitose que pode chegar a mais de 20.000 leucócitos, sem, contudo haver desvio à esquerda. Os níveis de fibrinogênio e a quantidade de plaquetas elevam-se nas primeiras semanas, que associados a elevação do fator VIII ocorrido na gestação, e que persiste nesse período aumentam o risco de complicações tromboembólicas, embora haja um aumento da atividade fibrinolítica no período. A velocidade de hemossedimentação aumenta, além do níveis gravídicos, durante a primeira semana. No plasma, a relação Albumina/Globulina tende a normalizar-se num período de seis a 12 semanas.

Alterações da Pele e Fâneros

Os fenômenos de hiperpigmentação da face, das mamas e do abdome tendem a regredir rapidamente, podendo deixar alterações definitivas na coloração da pele. As estrias avermelhadas tornam-se brancas e diminuem seu tamanho. Algumas tem tendência a apresentar pele seca, queda acentuada de cabelo e unhas quebradiças. Alterações Psíquicas A experiência da maternidade, o início da lactação, o manuseio do recém-nascido, a alteração do ritmo do sono, trazem normalmente para a primípara, alterações psíquicas que podem variar de crises de choro, crise depressiva, instabilidade emocional, até a um quadro patológico de psicose puerperal que exigirá atenção especializada.

Metabolismo

Os distúrbios no metabolismo de hidrato de carbono, de lipídios e protéico, voltam à normalidade já a partir da 1ª semana, bem como o metabolismo basal. A puerpera experimenta uma grande perda de peso, 5 a 6 kg após o parto, e, com a normalização metabólica. Poderá perder mais 2 a 3 kg nos primeiros dez dias.

Complicação no puerpério

- Infecção puerperal: é a infecção originada no aparelho genital após parto recente;
- Mastite puerperal: é uma infecção purulenta das mamas, ocorrendo com maior frequência nas mulheres que amamentam;
- Psicose puerperal: varia desde o simples fato de ansiedade inexplicável até agitação, delírio e confusão mental;
- Hemorragia: sangramento que ocorre em excesso logo após o parto.

INFECÇÃO PUERPERAL

Considera-se como infecção puerperal aquela originada no aparelho genital, após parto recente. É um quadro grave podendo levar a paciente à morte, pois a infecção pode propagar-se por todo o organismo.

Agente Etiológico:

O estreptocóco é o microorganismo que mais frequentemente ocasiona infecção do aparelho genital. Outros germes piogênicos existentes no ambiente podem também causar esse tipo de infecção. Existem fatores que favorecem o aparecimento da infecção puerperal. São eles:

- Hemorragia antes do parto
- Parto prolongado
- Traumatismo do parto

Sintomatologia

A puérpera apresenta:

- Febre acima de 38°C após o 1º dia do puerpério;
- Calafrios;
- Mal-estar geral;
- Dor localizada;

O diagnóstico é feito pelos sinais e sintomas apresentados e cultura de secreção vaginal. O tratamento é feito à base de antibióticos.

Cuidados de enfermagem

O fundamental para que uma infecção puerperal seja evitada, são os cuidados a serem tomados desde o pré-natal até o puerpério. São eles:

- Suprimir os focos de infecção da gestante;
- Uso rigoroso de técnicas assépticas durante o parto e o puerpério;
- Cultura dos lóquios da puérpera com hipertemia após as primeiras 24 horas de parto;
- Isolamento das puéperas febris para evitar contaminação de outras pacientes;

MASTITE PUERPERAL

A mastite puerperal é uma infecção purulenta das mamas. É uma das mais graves complicações das mamas, ocorrendo com maior frequência nas mulheres que amamentam. A porta de entrada dos germes são as rachaduras do mamilo.

Sintomatologia

A sintomatologia depende da porção afetada, porém pode apresentar:

- enrugamento mamário
- Hipertemia
- Dor

Tratamento

Instalado o processo, geralmente a conduta é:

- Não amamentar;
- Antibióticos e drogas que diminuam a secreção do leite;
- dieta seca para diminuir a secreção do leite;
- Aplicação de calor local;
- analgésico e antitérmico;

Cuidados de enfermagem

As medidas profiláticas são as mais importantes para evitar a instalação do processo. Para tanto é necessário que a mãe seja orientada quanto aos cuidados a serem tomados. São eles:

- Usar soutiens para sustentação;
- Limpar os mamilos antes e depois das mamadas, para evitar que fiquem resíduos de leite;
- Na hora de amamentar, fazer com que a boca do bebê preencha todo o mamilo;
- Fazer o bebê mamar nas duas mamas, em cada mamada; iniciando por aquela que foi dada por último;
- Não deixar o bebê morder o mamilo para que não se formem fissuras;
- Se após a amamentação a mama não esvaziar, proceder a retirada do leite com bomba;

Cabe aos elementos da equipe de enfermagem orientar as mães, explicando a necessidade dos cuidados acima citados para que se evite a instalação da mastite.

Psicose puerperal

A psicose puerperal é uma complicação rara, que acontece principalmente em mulheres com história psiquiátrica regressa. As causas principais estão relacionadas à insegurança, falta de auto-estima, podendo chegar até à perder o filho. As mães solteiras são frequentemente afetadas, devido à falta de estrutura familiar sólida capaz de ajudá-la a criar o filho.

Hemorragia

A mulher perde cerca de 300 ml de sangue durante o parto normal. Esse valor é acrescido em 100 ml se a mesma fez episiotomia. É considerado hemorragia pós-parto o sangramento, que ocorre em excesso logo após o parto. As causas principais de hemorragia são: atonia uterina, lacerações do colo ou vagina e retenção de restos placentários. A atonia uterina ocorre devido exaustão da musculatura uterina resultando de um trabalho de parto

prolongado ou precipitado, gravidez múltipla, hidrâmnio, D.P.P., manipulação excessiva para a dequitação.

Sintomatologia

Sangramento excessivo (pode não ser aparente)

- Útero amolecido e grande
- Sinais de choques hipovolêmico

Tratamento e cuidados de enfermagem

- Administrar ocitócitos segundo prescrição médica;
- Observar involução uterina a cada 15 minutos, na primeira hora após o parto;
- Verificar SSVV a cada 15 minutos até estabilizar, a fim de detectar sinais de choque;

(Fonte: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAiMIAH/puerperio-suas-complicacoes>, data de acesso: 10/08/2018)

3 - Hospital e médica terão que indenizar por complicações em parto

(29.11.11)

A 4ª Turma do STJ, por maioria, manteve decisão que condenou, solidariamente, hospital e médica ao pagamento de indenização por dano moral e material a menor, vítima de diversas complicações durante seu parto, o que lhe causou danos cerebrais irreversíveis.

A sentença estabeleceu a condenação em R\$ 46.729,19, a título de indenização por danos materiais, e R\$ 20 mil, a título de indenização por danos morais. Além disso, determinou o pagamento de pensão mensal vitalícia, no valor equivalente a dez salários mínimos.

O TJ-DF confirmou a sentença, considerando que ficou demonstrada a negligência do hospital, que se manteve inerte e não acionou seus prepostos para realizar o parto emergencial na mãe da vítima, iniciado tardiamente pela médica que utilizava a estrutura do estabelecimento hospitalar.

Por isso, segundo o TJ-DF, hospital e médica devem responder solidariamente pelos danos causados à criança que nasceu com lesões de natureza física e neurológica irreversíveis.

No STJ, o hospital alegou que, “se existe o suposto erro alegado pela recorrida [menor], ele deve ser imputado exclusivamente à médica, única responsável pelo atendimento e pelo procedimento cirúrgico”.

Em seu voto, o relator, ministro Luis Felipe Salomão, destacou que, como a fundamentação da decisão do TJDF levou em consideração a culpa do hospital para o

reconhecimento da responsabilidade civil, descabe a alegação de que “não existe responsabilidade objetiva na realização de serviços técnico-profissionais dos médicos que atuam nos hospitais”.

Segundo ele, “a hipótese dos autos, portanto, difere dos precedentes desta Corte, que afastam a responsabilidade objetiva do hospital, pois, naqueles julgados, as instâncias ordinárias não se basearam na responsabilidade subjetiva e na configuração de culpa do hospital”. (REsp nº 1173058 - com informações do STJ)

(Fonte: http://www.espacovital.com.br/noticia_ler.php?id=26183, data de acesso: 10/08/2018)

4 - STF convoca audiência pública para ouvir opiniões sobre descriminalização do aborto

Antonio Cruz / Agência Brasil

BRASIL

21:05 26.03.2018(atualizado 21:08 26.03.2018) URL curta3 o o

A ministra do Supremo Tribunal Federal (STF) Rosa Weber convocou uma audiência pública nesta segunda-feira (26) para discutir a descriminalização do aborto. Os debates servem para auxiliar a ministra a elaborar seu voto sobre o tema. Ainda não há data para o julgamento.

5 - Argentinas vão às ruas cobrar legalização do aborto

Para se inscrever nas audiências é necessário mandar um e-mail até o dia 25 de abril para o endereço adpf442@stf.jus.br. De acordo com a decisão da ministra, a seleção dos participantes levará em conta a especialização técnica sobre o tema, representatividade do palestrante e garantia de pluralidade de argumentos.

Rosa Weber é relatora de uma ação protocolada no ano passado, na qual o PSOL questiona a constitucionalidade de artigos do Código Penal que preveem pena de prisão para mulheres que cometem aborto nos casos não autorizados por lei, como estupro, fetos anencefálicos ou para salvar a vida da gestante. As informações são da Agência Brasil.

Em 2016, por maioria de votos, a Primeira Turma do STF decidiu descriminalizar o aborto no primeiro trimestre da gravidez. Seguindo voto do ministro Luís Roberto Barroso, o colegiado entendeu que são inconstitucionais os artigos do Código Penal que criminalizam o aborto. O entendimento, no entanto, valeu apenas para um caso concreto julgado pelo grupo.

(Fonte: <https://br.sputniknews.com/brasil/2018032610832971-stf-aborto-opiniao-audiencia-publica/>, data de acesso: 10/08/2018)

6 - Uma conversa com as operadoras do direito (e com os operadores também)

(08.12.11)

Por Mariana Goulart, produtora de moda e jornalista (SC)

Piadas e polêmicas andam lado a lado. Depois de um humorista fazer uma piada com a cantora Wanessa de Camargo (na qual ele afirmou que ela estava tão gostosa grávida que comeria ela e o bebê), um mal estar se instalou no mundo artístico por causa da grotesca afirmação feita ao vivo, em rede nacional. Afetou, inclusive, a mim, que estou grávida e me senti ofendida.

Durante a gravidez, a mulher entra num patamar diferente: vira um ser assexuado. Como assim?

Deixe-me explicar: a barriga e os seios crescem, o corpo passa por imensas transformações. Os hormônios afloram e deixam as mulheres mais sensíveis, carentes, estressadas, irritadas e muito mais! Todas as pessoas querem tocar o barrigão, acariciar o bebê que repousa ali dentro. E isso acontece sem nenhuma malícia, apenas pelo fato de ter um pequeno ser perto das mãos. Ninguém que seja normal faz uma piadinha dessas sem o mínimo de culpa. Afinal, a futura mamãe só volta a ser aquela mulher com predicados picantes depois de um tempo.

As mulheres mais velhas agem de forma diferente – elas têm uma linha tênue entre os elogios e os predicados. Muitas delas, já que os avanços tecnológicos da indústria da beleza são superavançados, tornam-se verdadeiras beldades até mesmo depois dos 50 anos. Mas depois dos 60, a maioria desperta aquela candura de vovó e passam a ser respeitadas como tal.

Surgem comentários como 'ela está inteirona', mas não muito mais que isso. Tirando algumas que ainda sustentam o 'status de símbolos sexuais (como a Suzana Vieira), os homens não ficam suspirando pela Ana Maria Braga, por mais inteirona que ela possa parecer.

Mas como entender que uma mulher bonita e sensual entre nesta categoria que podemos chamar de neutra – por causa da gravidez? Nestes casos, talvez os sentimentos sejam mais psicológicos do que fisiológicos. Sentir amor por uma barriga de grávida traz um afeto com uma sensação boa, desperta sorrisos involuntários, não tem maldade alguma. Esses sentimentos brotam de situações geradas pelo impulso emocional. É o mesmo que acontece quando nos comovemos, por exemplo, com algumas pessoas que estão doentes e nos deixam amortecidos e sem senso crítico aguçado.

Tenho quase certeza de que nós, mulheres, ainda sofremos mais desse sentimento agudo e sensível em algumas situações. Se os homens ficassem grávidos, fico imaginando o quanto ficaríamos neutras com o fato. Quando nossos maridos, namorados e amados estão doentes ou machucados, nós não ficamos tomadas de segundas intenções, nos insinuando

em cima da cama como os homens fazem conosco. Muitas vezes estamos doentes, operadas, de repouso na cama e mesmo assim nossos queridos companheiros estão firmes e fortes ali, sem lembrar de que não é a hora para sexo! Para nossos companheiros, nunca seremos seres assexuados, independente de nossas condições físicas.

Assim como as irmãs mais novas (e mais velhas, é claro), mães voluptuosas, tias exuberantes e mais algumas categorias neutras (primas estão fora), é comum sentir apenas ciúmes da beleza destas mulheres. Claro que sempre existe um caso esquisito e bizarro entre homens e algumas delas, mesmo que seja platônico, complexo de Édipo, ou algo um tanto bizarro.

Mas a verdade é que nós, mulheres, conseguimos, nem que seja por um tempo ou por uma minoria, sermos seres assexuados. Certo?

doqueelasgostam2010@hotmail.com

(*) Artigo originalmente publicado no site Bella da Semana.

(Fonte: http://www.espacovital.com.br/noticia_ler.php?id=26310, data de acesso: 10/08/2018)

7 - O MULHERÃO

Autora: Martha Medeiros

Peça para um homem descrever um mulherão. Ele imediatamente vai falar do tamanho dos seios, na medida da cintura, no volume dos lábios, nas pernas, bumbum e cor dos olhos. Ou vai dizer que mulherão tem que ser loira, 1,80m, siliconada, sorriso “colgate”. Mulherões, dentro deste conceito, não existem muitas: Vera Fischer, Leticia Spiller, Malu Mader, Adriane Galisteu, Lumas e Brunas.

Agora pergunte para uma mulher o que ela considera um mulherão e você vai descobrir que tem uma a cada esquina.

Mulherão é aquela que pega dois ônibus por dia para ir ao trabalho e mais dois para voltar, e, quando chega em casa encontra um tanque lotado de roupa e uma família morta de fome. Mulherão é aquela que vai de madrugada para a fila garantir matrícula na escola e aquela aposentada que passa horas em pé na fila do banco para buscar uma pensão de 100 Reais.

Mulherão é a empresária que administra dezenas de funcionários de segunda a sexta, e uma família todos os dias da semana. Mulherão é quem volta do supermercado segurando várias sacolas depois de ter pesquisado preços e feito malabarismo com o orçamento. Mulherão é aquela que se depila, que passa cremes, que se maquia, que faz dieta, que malha, que usa salto alto, meia-calça, ajeita o cabelo e se perfuma, mesmo sem nenhum convite para ser capa de revista. Mulherão é quem leva os filhos na escola, busca os filhos na escola, leva os filhos para a natação, busca os filhos na natação, leva os filhos para a cama, conta histórias, d  um beijo e apaga a luz.

Mulherão é aquela mãe de adolescente que não dorme enquanto ele não chega, e que de manhã bem cedo já está de pé, esquentando o leite.

Mulherão é quem leciona em troca de um salário mínimo, é quem faz serviços voluntários, é quem colhe uva, é quem opera pacientes, é quem lava roupa pra fora, é quem bota a mesa, cozinha o feijão e à tarde trabalha atrás de um balcão. Mulherão é quem cria filhos sozinha, quem dá expediente de oito horas e enfrenta menopausa, TPM, menstruação. Mulherão é quem arruma os armários, coloca flores nos vasos,

fecha a cortina para o sol não desbotar os móveis, mantém a geladeira cheia e os cinzeiros vazios. Mulherão é quem sabe onde cada coisa está, o que cada filho sente e qual o melhor remédio pra azia.

Abraços a todas nós, e aos nossos companheiros de viagem...

(Fonte: https://www.pensador.com/cronica_mulherao_martha_medeiros/, data de acesso: 10/08/2018)