

Saúde Materna

Componente Essencial dos Direitos Reprodutivos

Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Reprodutivos

Apoio: UNICEF – Comitê dos E.E.U.U.

Grupo de Trabalho

Autores

Ana Maria Costa – Coordenadora

Diretora do Núcleo de Estudos de Saúde Pública – CEAM/UnB

Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos

Núcleo de Saúde e Sexualidade – NuSS

José Guilherme Cecatti

Professor Assistente Doutor

Departamento de Tocoginecologia

FCM/UNICAMP

Sara Romera Sorrentino

Médica Sanitarista – SES/SP

Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos

Paulo R.B. Canella

Professor Titular do Mestrado de Sexologia

Universidade Gama Filho

Professor Titular de Ginecologia Universidade Federal do Rio de Janeiro

Coordenação Geral do Projeto

Maria José de Oliveira Araújo

Secretária Executiva da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos

Colaboração

Thais de Mendonça

Departamento de Jornalismo – Universidade de Brasília

Oscar Castilho

Oficial de Saúde do UNICEF

Carolina Siu

Oficial de Saúde do UNICEF

Marta Fajardo

Consultor OPAS

Regina Coeli Viola

Ministério da Saúde

Loren Wassielesky Galvão

The Population Council

Ana Cristina Tanaka

Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo

Islene Carvalho

Grupo Curumim – Recife/PE

Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos

Márcia Camargo

Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde de Porto Alegre/RS

Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos

Janine Schiermer

Núcleo Est./Pesq. em Saúde da Mulher e Relações de Gênero – EPM/SP

Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos

Mariska Ribeiro

Instituto Ação Cultural – IDAC – Rio de Janeiro/RJ

Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos

Napoleão Marcos de Aquino

Copidescagem/Revisão

Gorovitz/Maass Arquitetos Associados

Projeto Gráfico

SUMÁRIO

Apresentação

1. O Sistema Único de Saúde – SUS

SUS: Base Legal

Informações sobre Controle Social na Saúde

Mulher e Saúde

Mortalidade Materna

Comitês de Mortalidade Materna

Direitos Reprodutivos

Direitos da Mulher Trabalhadora

2. A Gravidez

O Pré-Natal

Como é a Consulta Pré-Natal

Peso e Alimentação Durante a Gestação

Pressão: Cuidados Durante a Gravidez

Cuidados Preventivos Importantes

Preparando-se para a Amamentação

Sinais de Alerta

Situações Especiais

3. O Parto

Assistência ao Parto

Trabalho de Parto

Parto no Hospital

Parto em Casa

Tipos de Parto

Parto Normal ou Cesáreo: Vantagens e Desvantagens

4. O Aborto

O Aborto e suas Complicações

Assistência ao Aborto

5. O Pós-Parto

Assistência ao Pós-Parto

A Anticoncepção como Prática dos Direitos Reprodutivos

Métodos Anticoncepcionais

6. Saúde e Sexualidade

A Sexualidade

Sexualidade na Adolescência

Doenças Sexualmente Transmissíveis

Informações Complementares sobre algumas DSTs

AIDS: Capítulo à Parte

Bibliografia Consultada

APRESENTAÇÃO

A mortalidade materna constitui um dos importantes problemas de saúde que afetam diretamente as mulheres. No entanto, cerca de 98% das mortes por causa materna são evitáveis mediante a adoção de medidas relativamente simples, obtidas pela melhoria da qualidade da assistência e garantia de acesso aos serviços de saúde. A divulgação de informações sobre este assunto é estratégia necessária e fundamental para a plena conscientização social, sem a qual torna-se difícil solucionar essa grave questão de saúde pública.

Visando maior difusão do somatório de conhecimentos adquiridos acerca da saúde materna, principalmente nos aspectos referentes aos serviços de saúde, direcionados ao atendimento à gestação, ao parto e ao puerpério, a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, com o apoio técnico e financeiro do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), organizou um Grupo de Trabalho para elaboração da presente publicação – analisada e enriquecida por ocasião das várias discussões técnicas realizadas com organismos nacionais – Ministério da Saúde (Coordenação de Saúde da Mulher), Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e internacionais – Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM) e Population Council do Brasil.

Seu objetivo precípua é contribuir na difusão de informações, apoiando as práticas educativas desenvolvidas pelas equipes que trabalham em organizações governamentais e não governamentais (ONGs), especialmente as de mulheres, sindicatos de trabalhadoras, agentes de saúde, parteiras, enfermeiras. Visa, ainda, proporcionar informações consistentes ao pessoal de mídia em rádio e televisão, bem como a educadores e professores.

Assim, a Rede entende estar contribuindo para uma melhoria nos indicadores de saúde das mulheres, ao mesmo tempo que propicia aos movimentos sociais do setor saúde a instrumentalização necessária para intervenção na qualidade e acesso da população aos serviços de saúde. As recomendações ora apresentadas são basilares para o apoio às estratégias locais que visam a reversão no quadro da mortalidade materna.

Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos

1 – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

No Brasil, a Constituição promulgada em 1988 é o documento legal que **SUS: BASE LEGAL** define os deveres e as funções do Estado, compreendido como o conjunto dos poderes políticos de uma nação (Governo + Sociedade).

Em seu artigo 196, está explícito que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Boa saúde é sinônimo de boa qualidade de vida. Isto significa dizer que ser saudável não é apenas não estar doente, mas também dispor de uma série de serviços que garantam uma vida digna, tais como moradia, alimentação, água tratada, esgoto, transporte, educação, emprego, segurança, lazer e assistência médica.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade.

Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Antes da Constituição, o atendimento à saúde era preferencialmente fornecido àquelas pessoas que possuíam registro na Carteira de Trabalho e descontavam mensalmente sua contribuição para o antigo INPS.

Aos poucos as pessoas foram se conscientizando da necessidade de lutar contra essa injustiça: nos anos 70, um movimento social, iniciado a partir da consciência coletiva dos direitos da pessoa humana, tomou força e imprimiu na letra da lei o direito à saúde. Intitulado “Movimento de Reforma Sanitária”, sua proposta básica era a plena democratização da saúde no país.

Por si só o termo “Reforma Sanitária” explicitava claramente o objetivo pretendido: reformar o sistema de saúde vigente – absolutamente inadequado às reais necessidades da população – e mudar o conceito por muitos anos mantido a respeito desse assunto. O ideal da boa saúde não mais podia ser preocupação e responsabilidade apenas de uns poucos cidadãos, mas sim do Governo e de toda a sociedade. Para que esse ideal se tornasse realidade fez-se necessária a completa reestruturação do setor público de saúde. Assim, surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS).

O QUE É O SUS?

O SUS é composto por instituições governamentais, filantrópicas e privadas conveniadas, sendo coordenado pelo Ministério da Saúde, cabendo aos estados e municípios a execução dos serviços. Um dos seus princípios basilares é o de que seja organizado, em cada cidade, a partir das necessidades de saúde identificadas pela própria população que a ele se reporta. Esse processo é chamado de *municipalização*.

O termo sistema único origina-se do fato de que a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos são aplicados em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. Assim o SUS não é um serviço ou instituição, mas um sistema que significa um conjunto integrado de unidades, serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos do sistema referem-se ao mesmo tempo, às atividades de promoção proteção e recuperação da saúde.

O SUS apresenta outras características fundamentais:

1. Universalidade – deve atender todo e qualquer cidadão, indistintamente.
2. Integralidade – planeja e realiza tanto ações amplas, de interesse coletivo, como atende às necessidades individuais de saúde dos indivíduos ao longo de sua vida.

3. Equidade – assegura, a todas as pessoas, sem privilégios ou barreiras, ações e serviços dos vários níveis de complexidade, conforme a necessidade requerida para cada caso.
4. Descentralização – desloca o poder de decisão para quem é responsável pela execução das ações, ou seja, o município, estado ou Governo Federal.
5. Racionalidade – preconiza melhor aproveitamento dos recursos disponíveis para a saúde em cada comunidade.
6. Eficácia e eficiência – deve resolver os problemas que chegam ao sistema, com qualidade e sem desperdício.
7. Controle social – assegura o direito de participação de todos (dirigentes institucionais, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e, principalmente, os usuários do sistema) na tomada de decisão sobre as políticas e os seus respectivos controles, em todos os níveis.

INFORMAÇÃO SOBRE A partir das novas diretrizes políticas consolidadas pela Constituição de **CONTROLE SOCIAL NA** 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) é a proposta instituída para a **SAÚDE** melhoria da saúde no Brasil e, como dito anteriormente, resultou de movimentos populares que se organizaram e reivindicaram igualdade para todos no atendimento à saúde.

A Constituição prevê o exercício do controle social sobre o SUS, pela participação das pessoas ou de seus representantes nos Conselhos Municipais, Estaduais e Federal de saúde, bem como nas conferências de saúde.

Para bem exercer esse controle, o cidadão necessita dispor de informações. A esse respeito, a Constituição em seu artigo 5º, inciso XIV, explicita: “é assegurado a todos o acesso à informação (...)”. Portanto, as autoridades da área de saúde têm o dever legal de informar o que está sendo realizado no setor.

Visando melhor assimilação, faz-se necessário ressaltar que:

- Os conselhos de saúde são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo. Têm a função de definir a política de saúde e controlar e fiscalizar a sua execução, inclusive nos aspectos financeiros.
- Além do Conselho Nacional existem conselhos de saúde nos distritos, municípios e estados. Os conselhos de saúde são paritários, já que compostos por duas partes: metade, trabalhadores dos serviços de saúde e prestadores de serviços; a outra metade, usuários que são indicados pela população.

- Um conselho só é efetivamente considerado em funcionamento quando realiza reuniões periódicas, com pauta previamente definida sobre questões fundamentais relacionadas à saúde da população. Assuntos sobre a saúde das mulheres são de grande importância e os conselhos devem refletir e atuar sobre os problemas identificados.
- Legalmente, o município só pode receber verbas para a saúde se tiver o Conselho Municipal de Saúde. Mas nem sempre o prefeito toma tal iniciativa. Nesse caso, a comunidade pode e deve fazê-la. Para tanto, é importante o apoio de entidades tais como a Câmara de Vereadores local.
- As Conferências de Saúde funcionam como assembléias ou fóruns para a discussão dos problemas de saúde a cada quatro anos. Na oportunidade de sua realização, a população pode e deve rever os planos adotados pelos dirigentes – ou seja, o prefeito, o Secretário Estadual de Saúde e o Ministro de Saúde –, bem como corrigir os seus rumos, propor novas soluções e mudar tudo, se necessário.
- Além dos conselhos e das conferências, os usuários dos serviços podem, individualmente ou pelas associações de moradores e sindicatos, fiscalizar e controlar o funcionamento do Sistema Único de Saúde mediante, por exemplo, solicitações ou reclamações diretas aos dirigentes dos serviços, através da mídia (imprensa, rádio) ou da Promotoria Pública – a qual detém o papel legal de defender os direitos da população.

MULHER E SAÚDE No âmbito do SUS, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) define a política especial de atenção a ser oferecida à população feminina. Seus princípios e diretrizes já foram adotados por muitos municípios, porém a maioria deles ainda não dispõe desses serviços de acordo com as diretrizes preconizadas pelo programa.

De que trata o PAISM? Esse programa propõe que os serviços de saúde devem dar assistência às mulheres em todas as suas necessidades de saúde, em todas as fases de sua vida, desde a infância até a velhice, de acordo com as características apresentadas em cada fase. Por sua vez, a qualidade do atendimento deve ser boa e adequada. O PAISM deve, ainda, propiciar a realização de atividades educativas que permitam às mulheres deter maior conhecimento sobre o seu próprio corpo – inclusive para melhor vivenciar a sua sexualidade, alertando-as acerca dos problemas mais comuns de saúde, e como viver melhor.

Todos os municípios devem implantar o PAISM, organizar o programa e oferecer gratuitamente os serviços. De forma geral, devem oferecer atendimento às mulheres:

- adolescentes, adultas e as que se encontram nas fases de climatério e velhice;
- trabalhadoras (com relação aos problemas de saúde especificamente relacionados ao trabalho);
- que necessitem de cuidados durante o pré-natal, parto e puerpério, ou seja desde o início da concepção até 45 dias após o parto;
- que apresentem complicações resultantes de aborto ou necessitem de aborto previsto por lei;
- em situação de violência doméstica e sexual.

Além disso, devem ser ainda oferecidas ações de planejamento familiar (incluindo os casais que não conseguem ter filhos) e controle de doenças como câncer, diabetes, pressão alta, doença mental e outras.

MORTALIDADE MATERNA No Brasil as causas mais freqüentes de morte materna são a hipertensão arterial própria da gravidez (eclâmpsia), hemorragia, infecção e aborto, as chamadas causas diretas de morte materna – cuja grande maioria é passível de ser prevenida com a adoção e implementação de medidas relativamente simples na área de saúde. Pode-se afirmar que cerca de 98% do total de óbitos maternos em nosso país são evitáveis, o que expressa um problema de grande importância para a sociedade como um todo.

**DENOMINA-SE MORTALIDADE MATERNA O CONJUNTO DE MORTES DE MULHERES
RELACIONADO A CAUSAS DIRETAMENTE LIGADAS À GESTAÇÃO, PARTO E
PUERPÉRIO**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estimam que, em todo o mundo, cerca de meio milhão de mulheres morrem anualmente por causas maternas, 95% das quais ocorrem nos países em desenvolvimento – onde nem sempre os óbitos resultantes de morte materna são corretamente notificados pelas autoridades de saúde, seja por negligência, descaso ou ignorância. Nesses países, como se sabe, morrer de parto sempre foi um acontecimento encarado como um fato natural da vida de uma mulher.

Hoje, sabemos que essas mortes não são naturais, mas sim evitáveis. Essa constatação provoca muita indignação já que gestar e parir são processos indicativos de vida e saúde. Às autoridades e à população cabe zelar por aquelas que podem gerar os futuros membros da comunidade. Essa preocupação não é nova; no entanto somente agora se estende à consciência coletiva.

No Brasil, milhares de mulheres morrem todos os anos por complicações ligadas à gestação, parto e puerpério. Sempre houve dificuldades para conhecer o número real de mortes maternas, ocorridas no país. Existem, no Ministério de Saúde, estimativas de 114 mortes maternas para cada cem mil nascidos vivos/ano. Embora, para alguns, esse número possa ser considerado relativamente pequeno, ele representa, em relação ao total de partos, uma quantidade de mortes maternas dez a vinte vezes maior do que a apurada nos países mais desenvolvidos.

Em função deste quadro, é muito importante que os municípios e estados possuam Comitês de Mortalidade Materna, pois os casos de morte materna – muitos dos quais diretamente ligados à qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população – devem ser devidamente investigados – e soluções adotadas – para que o fato não mais se repita na comunidade.

COMITÊS DE MORTALIDADE MATERNA Os Comitês de Mortalidade Materna, cuja criação tem sido nos últimos 10 anos estimulada pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estaduais e Municipais de Saúde e movimento de mulheres, com o apoio de organizações nacionais – como Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – e internacionais – OPAS, UNICEF – são uma instância adequada para o estudo e vigilância das mortes.

A partir da atuação desses comitês – que funcionam em âmbito nacional, nos estados e municípios – as circunstâncias de cada óbito devem ser apuradas e corrigidas. No Brasil, visando seu fortalecimento, eles devem preferencialmente trabalhar em articulação com os Conselhos de Saúde. O acesso dos seus integrantes às informações epidemiológicas e às contidas nos prontuários médicos deve ser garantido, bem como a participação de técnicos de saúde e representantes dos movimentos organizados de mulheres.

DIREITOS REPRODUTIVOS A Constituição brasileira assegura que cada mulher e cada casal tem o direito de decidir qual o número de filhos que deseja vir a ter. Esta opção não pode ser determinada ou influenciada pelo Estado ou por políticas de controle populacional. A isso chamamos “direitos reprodutivos”.

Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos amplamente reconhecidos em documentos nacionais e internacionais: o direito básico de todos os casais e indivíduos decidirem, livre e responsabilmente sobre o número e o espaçamento dos filhos e disporem de informação, educação e meios necessários para manterem essa decisão. Incluem, ainda, os direitos sexuais, ou seja, viver com plenitude e saúde sua sexualidade.

Infelizmente, ainda existem patrões e chefes que condicionam o emprego das mulheres à submissão das mesmas a seus impulsos. Muitas vezes, decorrido algum tempo de trabalho, ameaçam com demissão a empregada que não aceita manter relações sexuais. Essa situação é legalmente qualificada como *assédio sexual*, que é crime, o qual deve ser denunciado.

O direito à informação é outro importante instrumento e refere-se ao direito da pessoa saber o que acontece com seu corpo, e mesmo, os riscos inerentes aos procedimentos e ou tratamentos eventualmente propostos para que possa exercer, com segurança e de forma autônoma, suas escolhas. A partir do momento em que as mulheres escolhem ter seus filhos e ficam grávidas, têm o pleno direito de ser atendidas nos serviços de saúde, da melhor forma possível. Essa escolha não deve representar, para elas, qualquer risco. O Estado, com suas leis e serviços de saúde, tem o dever legal de ampará-las convenientemente, com segurança e qualidade na atenção.

Ressalta-se que quando alguém é atendido num posto de saúde ou hospital, nenhum médico ou enfermeira pode revelar o motivo da consulta, a não ser que esteja expressamente autorizado. Toda informação é protegida pelo sigilo profissional. Apenas ao usuário dos serviços e aos profissionais de saúde que o assistem é permitido o acesso às informações contidas no prontuário médico.

DIREITOS DA MULHER TRABALHADORA

- Pela Constituição (art. 7º, inciso XVIII), ao ficar grávida uma mulher trabalhadora não pode ser demitida nem sofrer redução no salário. Essa garantia se estende até 120 dias após o parto (licença-maternidade) período esse destinado à amamentação e cuidados com o bebê.

- As empresas têm a obrigação de proteger as mulheres que tiveram filho. No seu retorno às atividades, devem oferecer-lhes todas as facilidades para que o aleitamento prossiga até os seis meses de vida da criança, pelo menos. Enquanto a mulher estiver amamentando, mesmo após o término da licença maternidade, ela tem direito a horário especial de trabalho, com dois descansos – de 30 minutos cada – durante sua jornada, destinados à amamentação.
- Todos os brasileiros, tanto no campo como na cidade, têm direito à assistência gratuita aos filhos e dependentes desde o nascimento até seis anos de idade em creches e pré-escolas (artigo 7º, inciso XXV). Porém, como esse direito não está devidamente regulamentado – ou seja, ainda não possui uma lei específica –, muitos patrões e empregados o desconhecem. Uma alternativa para tanto é, nos contratos coletivos de trabalho, os empregados colocarem como condição precípua a existência de creche para os seus filhos. As mulheres que têm filhos pequenos e são obrigadas a trabalhar fora de casa sabem a real importância dessa alternativa.
- A mulher que teve um filho possui, ainda, o direito de receber um benefício chamado auxílio-natalidade. Esse benefício provém do sistema de seguro social, mantido com o dinheiro dos trabalhadores e gerenciado pelo Estado.
- Todo pai também tem direito à “licença-paternidade”, uma licença de cinco dias de duração, remunerada e contada a partir do dia em que apresenta ao empregador a declaração de nascimento de seu filho. Esse período destina-se a ajudar a mulher em sua saída da maternidade – no retorno ao lar com a criança -, bem como aos cuidados da casa e de outros filhos.

**É PROIBIDO ÀS EMPRESAS EXIGIR QUE AS MULHERES, PARA ADMISSÃO OU MANUTENÇÃO DO EMPREGO,
APRESENTEM CERTIFICADO DE ESTERILIZAÇÃO OU FAÇAM LIGADURA DE TROMPAS**

2. A GRAVIDEZ

A gravidez é um acontecimento natural. Ao longo dos nove meses de uma gestação normal, não é apenas a barriga que se modifica. A gravidez é um processo que envolve o corpo, a mente e as pessoas que estão à volta. Todas essas mudanças também significam alterações nos hábitos e cuidados com a saúde.

A gravidez não impede que as mulheres mantenham relações sexuais, apesar de, em algumas gestantes, o desejo sexual sofrer transformações, para mais ou para menos. A gestante experimenta uma série de novas sensações físicas e emocionais. Muitas delas são motivo de satisfação e bem-estar, mas também podem acontecer sentimentos de desconforto, dúvida, insegurança e medo.

Na maioria das mulheres, o primeiro sinal de gravidez é a falta da menstruação. No caso de dúvida, a gravidez pode ser confirmada por meio de um simples exame de sangue ou urina, realizado uma semana após o primeiro dia de atraso menstrual.

Se há reais motivos para a suspeita, a mulher deve esclarecer essa dúvida o mais cedo possível, já que a ingestão de remédios, drogas e fumo pode prejudicá-la, ou ao bebê. Caso ela decida levar a gravidez a termo, deve iniciar o pré-natal tão logo possa.

O PRÉ-NATAL	O sucesso de um bom pré-natal depende do momento em que se inicia. Frise-se que ele não é apenas uma simples visita ao serviço de saúde, um encaminhamento para o parto ou uma necessidade exclusiva das gestantes que apresentam problemas. Ele é importante para que as mulheres saibam se tudo está correndo bem com elas e o bebê, assim como informá-las, esclarecer suas dúvidas, ajudá-las a se preparar para o parto, prevenir-lhes surpresas desagradáveis e descobrir e tratar o mais cedo possível a ocorrência de quaisquer problemas que surjam, dos quais, muitas vezes, ninguém suspeita.
--------------------	--

<p>Os serviços de saúde devem, já na primeira consulta, entregar à mulher o seu cartão – ou carteira – de gestante. Nele, devem ser preenchidos todos os seus dados e resultados dos exames realizados em cada consulta. Esse documento acompanhará a mulher durante todo o período da gestação e até o momento do parto, já que registra informações essenciais sobre peso, pressão arterial, crescimento do bebê, tipo sangüíneo e resultados de outros exames importantes. Para cumprir com efetividade seu papel, ele precisa estar completo, atualizado e deve ser mostrado em qualquer serviço de saúde utilizado pela futura mãe.</p>	<p>CARTÃO GESTANTE</p>
--	-------------------------------

COMO É A CONSULTA PRÉ-NATAL

- A gestante deve se preparar para a consulta. Caso se sinta insegura, deve solicitar a uma pessoa de sua confiança que a acompanhe. Engravidar não significa estar doente; portanto, nenhuma mulher deve permitir ser tratada como doente ou paciente. Deve conversar, perguntar e não deixar que lhe causem dor ou constrangimento. Se necessário, deve levar todas as suas perguntas e dúvidas por escrito.
- Nas consultas de pré-natal faz-se necessário que o serviço de saúde conheça a história prévia de saúde da gestante, a evolução desta e de outras gestações anteriores. A futura mãe deve informar qualquer acontecimento importante porventura ocorrido.
- Em cada consulta é obrigatório que os profissionais responsáveis pelo atendimento verifiquem o peso, pressão e altura uterina da gestante, e ouçam os batimentos do coração do bebê.
- Um bom pré-natal deve incluir, no mínimo, seis consultas, e seu acompanhamento pode ser realizado por um médico, enfermeira ou outro profissional devidamente treinado. Nas regiões onde haja precariedade desses profissionais, as ações pertinentes podem ser realizadas por agentes comunitários de saúde e lideranças comunitárias especificamente treinadas, por exemplo, líderes da Pastoral da Criança.
- Para ser considerado de qualidade e resolver a maioria dos problemas que venham a aparecer, um bom serviço de saúde não precisa possuir recursos sofisticados. Basta ter uma cama, uma balança, uma fita métrica, um aparelho para medir a pressão, um estetoscópio para ouvir os batimentos cardíacos do bebê, bem com vacina anti-tetânica, material para exame ginecológico e para colher os exames de sangue e Papanicolaou.

- Os exames rotineiramente solicitados no pré-natal são os de urina, fezes e sangue. O exame de fezes informará a existência de alguma verminose, que deverá ser tratada; o de urina mostrará se há sinais de infecção ou indicações suspeitas de uma eclâmpsia; o exame de sangue verifica as funções gerais do organismo, o tipo sangüíneo, o fator Rh e a presença ou não de anemia e sífilis.
- O exame ginecológico compreende o exame das mamas e dos órgãos relacionados com a reprodução – e é necessário para todas as mulheres gestantes ou não. O toque e o exame com espéculo, realizados na primeira consulta de pré-natal, permitem avaliar se há algum problema ou infecção e possibilitam a coleta de material para envio ao laboratório para análise e prevenção do câncer. Esse exame – chamado Papanicolaou – é simples e indolor.
- No pré-natal, o diagnóstico das doenças sexualmente transmissíveis é de extrema importância, tanto para a mãe como para o feto. Na identificação de uma sífilis, por exemplo, o tratamento oportuno evitará que o bebê venha a ter graves seqüelas.
- Apalpar a barriga da gestante e medi-la permitirá ao profissional de saúde responsável pelo acompanhamento saber se o bebê está se desenvolvendo adequadamente, na posição e tamanho corretos. Hoje essa avaliação é quase sempre realizada mediante exame de ultra-som, mas, mesmo sem ele, é possível ter uma boa noção apenas auscultando o bebê, medindo e verificando a barriga da mãe (altura uterina).
- Uma das importantes funções do pré-natal é preparar a mulher (e também idealmente seu companheiro) para o momento do parto e a vinda do bebê – o que pode ser feito em cursos, palestras, reuniões com outras gestantes ou leitura de material informativo. Essas ocasiões devem, sempre, ser um momento agradável de conversa e troca de experiências, em que a gestante fala de suas angústias, medos e dúvidas. É interessante, para tranquilizá-la, que realize uma visita à maternidade.

A responsabilidade do serviço de pré-natal vai até o momento da internação. Não existe alta do pré-natal. O atendimento deve, portanto, não só bem assistir a mulher até o fim da gestação como informá-la sobre as maternidades e/ou hospitais existentes na localidade, a documentação necessária para a internação e como identificar os sinais de que a hora do parto se aproxima. Além disso, no caso de gravidez de risco, deve orientar qual o estabelecimento de saúde mais adequado para essa atenção.

Tanto o ganho muito rápido ou excessivo de peso, como ganhar pouco peso, são prejudiciais e podem constituir sinais de perigo iminente. Engordar demais não é sinal de saúde, ao passo que querer manter-se magra a qualquer custo pode deixar a mulher debilitada, com possíveis danos para o bebê. A anotação mensal registrada no cartão da gestante permitirá o adequado controle do peso.

Uma alimentação sadia e nutritiva não significa *comer por dois*, mas sim comer uma grande variedade de alimentos, evitando o excesso de gorduras, fritura, massas, doces, enlatados, pimenta e refrigerantes, por exemplo.

A dieta deve ser rica em vitaminas e sais minerais encontrados nas frutas e verduras. Na gravidez, aumentam as necessidades de ferro, proteínas e cálcio. A partir do segundo trimestre gestacional, pode ser necessária uma complementação de ferro e vitaminas, haja vista que a falta de ferro pode provocar o surgimento de anemia ferropriva. Ingerir comidas preparadas em panelas de ferro pode ajudar a suprir as necessidades desse elemento. O leite e seus derivados, por sua vez oferecem o cálcio necessário. As proteínas são encontradas na carne e nos cereais.

Na gestação, pode ocorrer prisão de ventre. A ingestão diária de alimentos ricos em fibras, um litro a um litro e meio de água e sucos de frutas – como laranja, mamão, abacaxi – podem ajudar a evitar esse incômodo.

PRESSÃO: CUIDADOS DURANTE A GRAVIDEZ Em nosso país, um dos problemas mais comumente apresentados pelas gestantes que procuram os serviços de emergência dos hospitais são as complicações da pré-eclâmpsia (também conhecida como toxemia) e eclâmpsia, uma doença que só acontece na gravidez. Seu sinal mais evidente é o inchaço anormal de pés, face e mãos, acompanhado de pressão alta, que pode se complicar com fortes dores de cabeça, visão embaçada e até mesmo convulsão e morte.

A pressão necessita ser controlada a cada consulta. O ideal é que não seja medida logo após o momento da chegada da gestante ao serviço de atendimento, mas sim um pouco mais tarde, quando ela estiver relaxada. Caso a pressão esteja alta, a mulher deve ser orientada e encaminhada para exame de urina e tratada, se necessário. Na maioria das vezes, uma boa dieta, repouso adequado e acompanhamento freqüente são suficientes.

Se a mulher necessita, ela tem direito legal ao repouso. Em qualquer situação que ameace a sua saúde é garantida a licença médica, sem nenhum prejuízo ao salário.

CUIDADOS PREVENTIVOS IMPORTANTES

- É sempre necessário enfatizar que o cigarro, o álcool e medicamentos – assim como outras drogas – precisam ser evitados na gestação, porque causam danos à saúde tanto da mãe como de seu filho.
- O tétano neonatal é uma doença infecciosa grave e muito perigosa para as mulheres em estado gestacional. Para preveni-lo, toda gestante deve receber a vacina anti-tetânica da seguinte forma: uma dose de reforço, caso tenha sido vacinada corretamente há menos de dez anos; ou três doses, em caso contrário. Essa vacina evita o tétano na mãe e no bebê (mal de sete dias).
- Algumas vacinas, como a da rubéola e do sarampo, são prejudiciais para o feto e não devem ser administradas às gestantes.
- As radiografias também devem ser evitadas durante a gestação. No caso de sua absoluta necessidade, deve ser sempre utilizada uma proteção de chumbo para a barriga. Esse cuidado é necessário até nos casos em que a gestante acompanhe alguém para a realização de raios X, mesmo no consultório do dentista.

PREPARANDO-SE PARA A O exame das mamas deverá ser feito no início e no final da gestação.

AMAMENTAÇÃO Já no primeiro exame, será verificado o desenvolvimento das mamas e sua preparação para a amamentação. Após o parto, os seios produzem uma agüinha chamada colostro, que o bebê irá sugar assim que nascer e é muito rica em nutrientes e anticorpos vitais para a criança.

O leite materno é absolutamente fundamental para o bebê. O fato de querer amamentar, que é a decisão mais importante, não garante o sucesso da amamentação. Durante o pré-natal, além do exame das mamas, que indicará se tudo está correndo bem, a gestante deve procurar instruir-se sobre a melhor maneira de amamentar. Para isso, basta observar as mães amamentando e conversar com elas. Preparar a pele dos mamilos e do seio com massagens é também uma medida importante e que previne rachaduras no bico dos seios, comuns nos primeiros dias de amamentação.

Após o parto é que verdadeiramente se inicia o processo de aleitamento materno, tão importante para a saúde e crescimento da criança. Além de ser gratuito e de evitar doenças, a amamentação exclusiva

ajuda a mulher a se prevenir de uma nova gravidez, bem como de vários problemas futuros, por exemplo, o câncer de mama.

Nos intervalos entre uma e outra consulta de pré-natal, a gestante deve **SINAIS DE ALERTA** estar alerta para os seguintes sinais ou situações que exigem especial atenção:

- engordar mais do que o esperado, ou não aumentar de peso
- inchaço nos pés e mãos, atingindo até mesmo o rosto
- dificuldade ou dor ao urinar
- vômitos muito freqüentes
- febre alta que não cede
- fortes dores na barriga
- sangramento vaginal
- fortes dores de cabeça
- pressão alta
- não sentir o bebê mexer por mais de oito horas

Importante – a gestante deve procurar imediatamente o serviço de saúde mais próximo de sua residência nos seguintes casos:

- a barriga parou de crescer
- o bebê diminuiu significativamente sua movimentação
- a bolsa de água estourou e a mulher sente a saída, pela vagina, de um líquido verde, mal-cheiroso ou purulento
- a vista ficar embaçada ou borrada
- sentir forte dor na barriga, seguida de endurecimento que não passa
- notar qualquer tipo de hemorragia vaginal.

Essas ocorrências podem indicar que, no interior do útero, algo de grave está acontecendo com a criança.

Existem, ainda, situações consideradas como de risco e que necessitam **SITUAÇÕES ESPECIAIS** de atendimento em local apropriado, acompanhamento mais freqüente e cuidados especiais – que a gestante tem o direito de exigir. Caso a mulher apresente um dos casos abaixo relacionados, seu pré-natal deverá ser feito em local especializado.

- se for diabética ou portadora de alguma outra doença grave, como doenças do coração, por exemplo
- se, em outras gestações, apresentou problemas com sangramento ou pressão alta.
- Se tiver menos de 15 ou mais de 35 anos
- Se tiver mais de quatro filhos
- Se tiver sangue com Rh negativo
- Se tiver história de morte fetal e ou neonatal

3. O PARTO

Grande parte dos problemas relacionados com as mortes maternas **ASSISTÊNCIA AO PARTO** ocorre durante o parto, especialmente os decorrentes de hemorragias, toxemia e infecções. Assim sendo, é de vital importância que os hospitais e maternidades tenham profissionais adequadamente treinados para garantir atendimento e atenção especializada à gestante.

O momento do parto é uma situação difícil para a maioria das gestantes, especialmente no caso de primeiro filho. A mulher sente contrações, com ou sem dor, encontra-se num ambiente estranho e junto a várias pessoas que não conhece. Ela pode manifestar reações com vontade de chorar, gritar ou sorrir. Qualquer dessas reações é normal e ninguém, especialmente o médico, deve recriminá-la.

A presença de um acompanhante no momento do parto – como o marido, a mãe ou uma irmã – é muito agradável à gestante, já que lhe trará força e conforto, ajudando-a a melhor suportar essa situação especial.

A mulher tem o pleno direito de saber o que está sendo realizado, bem como recusar condutas que lhe sejam agressivas, causem constrangimento ou dor sem nenhuma explicação por parte dos profissionais de saúde.

Uma maternidade ou hospital que atende partos deve possuir médico de plantão, de preferência um obstetra, além de anestesista e pediatra; deve, também possuir centro cirúrgico e uma enfermaria de alojamento conjunto onde as mães possam ficar com seus filhos. Todas as dependências devem dispor de roupas limpas e material esterilizado. É ideal que o estabelecimento de saúde possua um banco de sangue ou algum esquema articulado para conseguir sangue fácil e rapidamente, no caso de uma eventual emergência.

As ações a serem executadas na gestante em trabalho de parto incluem a medida de sua pressão e pulso, a escuta do coração da criança (pelo menos de hora em hora), o acompanhamento das contrações e um exame de toque para verificação da progressão da dilatação do colo.

Todo e qualquer hospital deve estar em permanente avaliação com relação aos Oito Critérios da Iniciativa “Maternidade Segura” – que visam a melhoria da qualidade do atendimento durante a gestação, parto e puerpério –, adotados pelo Ministério da Saúde, com apoio do UNICEF, OPAS, FNUAP e FEBRASGO.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO PARA “MATERNIDADE SEGURA”

1. Garantir informação sobre saúde reprodutiva e direitos da mulher.
2. Garantir assistência durante o ciclo gravítico-puerperal e ao planejamento familiar.
3. Incentivar o parto normal e humanizado.
4. ter rotinas escritas para normatizar a assistência.
5. Treinar toda a equipe de saúde para implementar as rotinas.
6. Possuir estrutura adequada para atendimento ginecológico e obstétrico.
7. Possuir arquivo e sistema de informação.
8. Avaliar periodicamente os indicadores de saúde materna perinatal.

TRABALHO DE PARTO A atenção do parto é sempre uma urgência. Portanto, seu atendimento não pode ser recusado em nenhum hospital ou maternidade. Quando o hospital, por qualquer motivo, não apresenta condições de atender à mulher em trabalho de parto, não pode simplesmente mandá-la embora sem antes examiná-la. Tampouco pode transferi-la para outro estabelecimento de saúde se não houver tempo suficiente, ou se não confirmar a existência de vaga e o atendimento. Se isso não ocorrer, e principalmente se a gestação for de risco ou complicada, a mulher e seu marido ou companheiro devem formalizar uma reclamação contra o hospital, nas instâncias de controle social. Estão no seu direito – independente se serão ou não atendidas pelo SUS, por algum convênio ou se irão pagar pelos serviços prestados.

A gestante já deve saber antecipadamente qual o hospital ou maternidade onde pretende – ou pode – dar à luz e, se possível, visitá-lo antes, para se familiarizar com o mesmo. Alguns hospitais possuem locais chamados *de casa de espera* ou *casa de repouso*, que oferecem serviço de alojamento a gestantes de risco ou que morem longe da maternidade; esses locais ficam próximos ao hospital ou maternidade.

Lugares como esses já demonstraram que podem diminuir em muito, nos casos de gravidez de risco, a ocorrência de complicações e de mortes, tanto das mães como das crianças.

As gestantes, mesmo as que não apresentam qualquer risco ou complicação, devem ficar alertas para problemas de transporte. Nada deve ser deixado para o último momento. Se a mulher não tem condução própria, deve procurar alguma facilidade nas imediações de onde mora – algum parente ou vizinho que

tenha carro, a ambulância do posto de saúde – e deixar tudo mais ou menos arranjado para a hora do parto, visando evitar demoras e correria de última hora.

A mulher que vai dar à luz, principalmente se é a primeira vez, deve saber a hora de ir à maternidade, ou seja, quando principiar o trabalho de parto.

Os principais sinais que indicam tal momento são:

- contrações que endurecem a barriga a cada cinco minutos e não desaparecem após algum tempo
- saída de uma espécie de catarro grosso pela vagina, às vezes acompanhado de um pouco de sangue
- perda de líquido (“a bolsa d’água se rompeu”)

A mulher em trabalho de parto deve ser tratada pelo nome e acompanhada por um profissional de saúde especialmente treinado para tal, que pode ser um médico, enfermeira ou parteira. Mais que isso: deve obter respostas para as suas dúvidas; caminhar – se sentir vontade – e até conversar com outras mulheres em situação idêntica.

Com relação ao medo de sentir dor, existe a anestesia peridural, que é uma maneira fácil e segura para amenizar a dor no final do trabalho de parto.

Imediatamente após o parto, a mulher tem o direito de ficar com o seu filho e amamentá-lo, bem como permanecer junto ao mesmo na enfermaria ou quarto (alojamento conjunto). Ressalte-se que o contato da mãe com a criança nas primeiras horas e dias após o parto é fundamental para a saúde física e mental de ambos.

PARTO NO HOSPITAL Atualmente, a maioria das mulheres prefere dar à luz em hospitais ou maternidades. Essa opção é fundamental no caso da gravidez de risco, já que tais locais possuem os recursos necessários, caso ocorra alguma complicação.

Ao iniciar o trabalho de parto, a mulher deve permanecer em jejum, visando evitar vômitos e outras complicações, caso haja a necessidade posterior de realização de anestesia – mas pode e deve beber alguns goles de água, principalmente se estiver fazendo muito calor.

Às vezes, para ajudar as contrações pode ser necessária a aplicação, na veia, de um soro com uma substância chamada *ocitocina*. Este procedimento é recomendado nos seguintes casos: o trabalho de parto está muito demorado e a dilatação não está progredindo; as contrações estão muito fracas e espaçadas; existe a necessidade de induzir o parto antes da hora, por qualquer problema com a gestante ou a criança.

Normalmente, na hora de dar à luz a gestante é transferida para uma sala de parto, que assemelha-se a uma sala de cirurgia. Este local deve ter os materiais limpos e esterilizados, além instrumental e medicamentos necessários.

Algumas mulheres sentem, mais que as outras, dor na hora do parto; por isso necessitam apoio emocional, seja do companheiro, de um parente ou do profissional de saúde.

Logo após o nascimento, a mãe e a criança devem receber alguns cuidados específicos. O ideal é a presença de um pediatra na sala de parto – fundamental nos casos de gravidez de risco.

A mulher que durante o trabalho de parto apresente pressão muito alta, algum tipo de hemorragia ou infecção importante deve ser tratada de maneira especial e receber cuidados extras, pois tais sinais indicam que seu parto está mais sujeito a riscos, tanto para ela quanto para a criança.

PARTO EM CASA Para atender o parto de uma mulher que não apresente nenhum tipo de complicação, não há necessidade de um médico. Uma obstetriz, enfermeira obstétrica ou parteira bem treinada pode realizar esse trabalho tão corretamente quanto um bom médico. Em todo o mundo, comprovou-se que as parteiras ou enfermeiras bem instruídas podem perfeitamente atender um parto sem complicações, bem como reconhecer as dificuldades apresentadas e, nesse caso, chamar o médico ou transferir a gestante para um hospital.

Em algumas partes do país, notadamente as regiões Norte e Nordeste, entre 30 e 40% dos partos são realizados no domicílio, geralmente assistidos por parteiras tradicionais – cuja sabedoria é, na maioria das vezes, empírica, haja vista que sua formação ocorreu na prática, no dia-a-dia.

A parteira tradicional, também chamada de *com a dre*, *curiosa* ou *aparadeira*, pode ser uma ajuda importante, especialmente nas áreas rurais, onde os recursos são menores. As parteiras, formadas ou não, salvam muitas vidas. Considerando-se a importância das mesmas na comunidade onde se inserem, todas precisam receber treinamento por parte do setor público de saúde, pois o auxílio que prestam é de grande valia para as mulheres que vão dar à luz em casa.

É necessário que a assistência proporcionada pelas parteiras tradicionais seja motivo de reflexão para todo o sistema oficial de saúde. Em geral, as gestantes lhes depositam grande confiança e respeito, o que

lhes facilita sobremodo o trabalho de acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério. A integração entre as parteiras e o Sistema Único de Saúde pode fornecer inestimáveis benefícios à saúde coletiva e abre caminho para diversas atividades relacionadas à prevenção, contribuindo assim, para a redução da morbimortalidade materna e infantil.

O tipo do parto – ou via de parto, na linguagem médica – é assunto **TIPOS DE PARTO** bastante atual e importante na área de saúde materna.

A opção por um parto vaginal ou cesáreo não é simples questão de preferência, como gostar do verde ou do vermelho. O tipo de parto apresenta uma série de implicações em termos de necessidade e indicação, riscos e benefícios, dependendo de cada situação, tempo de realização, custos complicações e repercussões futuras.

Toda gestante deve saber que o parto normal é o vagina, o mais seguro para a mulher e a criança. A cesariana deve ser uma indicação – pelo obstetra, com participação da mulher – reservada apenas para os casos que apresentem complicações. É importante que as gestantes saibam que existem formas alternativas para o controle da dor do trabalho de parto, que não uma cesariana. E que após uma cesárea o parto vaginal é não apenas possível como desejável, pois ajuda a evitar os problemas decorrentes de repetidas cesáreas.

A MULHER DEVE RECEBER COMPLETA ORIENTAÇÃO ACERCA DA ASSISTÊNCIA PÓS PARTO E CONSULTA DE REVISÃO: COM INFORMAÇÕES, POR EXEMPLO, SOBRE O LOCAL A SER PROCURADO, QUANDO, COMO E PORQUE REALIZAR A REVISÃO.

Há muitos anos o Brasil é o campeão mundial de cesáreas. Hoje, pelo **PARTO NORMAL OU** menos uma em cada três gestantes traz seu filho ao mundo mediante parto **CESÁREO:** cesáreo. Em alguns municípios dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, **VANTAGENS E** a metade das parturientes dão à luz por cesariana. **DESvantagens**

A operação tornou-se uma espécie de bem de consumo, como outro qualquer de uma sociedade capitalista. E, não importa qual o argumento utilizado por médicos e mulheres, cerca de apenas 15% da

população de mulheres grávidas apresentam riscos ou complicações que as obriguem a realizar a cirurgia. Sobretudo quando a maior porcentagem de cesarianas é observada na faixa de mulheres com melhor nível sócio-econômico, justamente aquelas menos sujeitas a riscos gestacionais. O lamentável é que a cesariana não é opção de quem de fato precisa, mas de quem quer – e às vezes exige – e pode pagar por isso.

Muitas das cesarianas atualmente realizadas no Brasil são apenas justificativa para a realização do procedimento da laqueadura tubárea. Como esse método ainda não foi aprovado no país – apesar de muito popular e um dos mais utilizados pelas brasileiras –, opta-se por uma cesariana para que o SUS possa cobrir parte de seus custos. Em grande número dos casos, o médico atende partos pela rede pública ou conveniada do governo e cobra a laqueadura *por fora*, procedimento esse absolutamente antiético e proibido.

As mulheres devem ser informadas de que existem outras épocas e formas mais apropriadas e seguras para a realização da laqueadura, como por exemplo, após um parto normal, ou por via vaginal, fora do período gestacional, de modo bem mais simples.

Apesar da cesárea ser um método importante para salvar a vida de muitas mulheres e crianças nas gestações de risco, esta opção, quando utilizada desnecessariamente, aumenta os riscos tanto para a criança como para a mulher.

Na cesárea são mais freqüentes as infecções puerperais, as anemias decorrentes de perda sangüínea, as complicações anestésicas, a prematuridade, os problemas respiratórios no recém-nascido e, até mesmo, a morte da mãe e da criança.

O parto a fórceps é um método que não está ultrapassado, desde que realizado por profissional competente. Existem situações específicas nas quais o fórceps pode ser utilizado visando o benefício da mãe e da criança.

VANTAGENS E DESVANTAGENS DO PARTO NORMAL OU CESÁREO

	PARTO NORMAL	CESÁREA
Prematuridade	Menor	Maior
Respiração do bebê	Favorece	Não Favorece
Dor no trabalho de parto	Pode ser dolorosa, com gradações Pode ser controlada com preparo psicológico, apoio emocional ou mediante aplicação de anestesia	Idem
Dor na hora do parto	Também pode ser controlada com anestesia	É sempre realizada com anestesia
Dor após o parto	Menor	Maior, necessidade de analgésicos mais fortes
Complicações	Menos freqüentes	Acidentes anestésicos, hemorragias mais comuns
Infecção puerperal	Mais rara	Mais freqüente
Aleitamento materno	Mais fácil	Mais difícil
Recuperação	Mais rápida	Mais lenta
Custo	Menor	Maior
Cicatriz	Menor (episiotomia)	Maior
Risco de morte	Muito baixo	Pequeno, porém maior que no parto normal
Futuras gestações	Menor risco	Maior risco

Toda gestante deve saber que o melhor tipo de parto é aquele mais adequado às condições de sua gravidez, o que melhor atende a seu filho e às possíveis complicações surgidas durante a gravidez.

De maneira geral, o parto normal ou vaginal reúne, em relação à cesárea, uma série de vantagens, o que o torna a forma ideal de dar à luz. Além disso, é natural, tem menor custo e propicia à mulher uma recuperação bem mais rápida.

Deve-se ressaltar que o parto normal é também importante para ajudar a completar a maturidade da criança: ao passar pela bacia da mãe, o bebê tem seu tórax comprimido, o que ajuda a expelir a água por ventura depositada em seus pulmões, facilitando-lhe a respiração e diminuindo o risco de problemas respiratórios.

A cesárea também está relacionada ao surgimento de bebês prematuros, o que acontece principalmente pela verdadeira comodidade, tanto da mulher como do médico, de se fazer cesáreas com datas e horas previamente marcadas, às vezes sem a plena certeza de que a criança já esteja completamente madura – aumentando as chances do surgimento de complicações e de morte entre recém-nascidos de cesariana, com relação aos de parto normal.

Muitas mulheres pensam, erradamente, que o parto normal ou vaginal vai estragá-las por baixo, vai deixá-las *largas*, e que não mais terão o mesmo desempenho sexual. Na verdade, isto não acontece quando recebem um adequado atendimento na hora do parto. Mesmo quando faz-se necessário realizar uma episiotomia (pequeno corte para facilitar a saída do bebê), a dor é menor e geralmente localizada apenas no períneo. A cesárea, por sua vez provoca uma cicatriz maior, mais dolorosa e que demora mais a fechar. Na cesárea, é mais comum que o abdome fique mais distendido e que o intestino leve mais tempo para funcionar.

As complicações durante e após o parto são mais freqüentes com uma cesárea do que com um parto normal. São também mais comuns os acidentes de anestesia, infecções da cicatriz, embolias, hemorragias, trombozes. Todos esses fatores fazem com que o risco de morrer por causas diretamente relacionadas à gravidez e ao parto, embora pequeno, seja a de duas a 15 vezes maior em cesáreas do que em partos vaginais.

As cesáreas podem também estar associadas com determinadas complicações a longo prazo, como, nas futuras gestações, maior risco de problemas de implantação da placenta. Além disso, o número de cesáreas que uma mulher pode fazer é limitado, e esse fato compromete o livre arbítrio sobre a quantidade de filhos desejados.

Durante a cesárea o uso de anestésicos, analgésicos e drogas sedativas durante a anestesia faz com que a mulher demore um tempo maior para estabelecer a amamentação, além da possibilidade sempre presente da passagem, pelo leite, de parte dessas drogas à criança.

Em diversas situações, a cesárea é a única solução possível para resolver satisfatoriamente um parto, como, por exemplo, nos casos de descolamento prematuro de placenta (a placenta se desprende do útero antes do nascimento da criança); desproporção céfalo-pélvica (quando a cabeça da criança é maior que a bacia da mãe); placenta prévia (a placenta cobre o colo do útero, impedindo a passagem do bebê, podendo provocar hemorragia); e sofrimento fetal agudo (quando o bebê recebe pouco oxigênio e seus batimentos cardíacos começam a diminuir).

Ressalte-se que as mulheres contaminadas por herpes genital ou outros vírus locais podem, a critério médico, ser submetidas a um parto cesáreo – visando impedir a transmissão da doença para o bebê.

4. O ABORTO

A Organização Mundial da Saúde estima que, no mundo, cerca de 67 mil mulheres morrem anualmente devido a complicações secundárias ao aborto. A maior parte dessas mortes não ocorreria se elas pudessem evitar gestações indesejadas, mediante o auxílio de informações corretas e serviços de planejamento familiar eficientes.

No Brasil, representa a quarta causa de morte materna, superado apenas pela hipertensão arterial, hemorragia e infecção. Essa morte, geralmente de uma mulher jovem de baixa renda e desesperada, pode e deve ser evitada. O Governo e os serviços de saúde não mais podem permanecer fazendo de conta que o problema não existe.

Por aborto entende-se a expulsão ou extração do produto da concepção com menos de 500 gramas de peso ou menos de 20 semanas de gestação (quatro meses e meio), existam ou não evidência de vida, seja ele espontâneo ou induzido. Sabe-se que, nas primeiras semanas, uma entre cada dez gestações redundam em aborto espontâneo. Além disso, dependendo da população considerada, uma proporção variável de gestações também resulta em aborto provocado.

O aborto é um problema de saúde que atinge diretamente as mulheres e precisa ser considerado ou resolvido. Infelizmente, muitas brasileiras acabam morrendo por causas diretamente ligadas ao aborto.

A gravidez não desejada ou não planejada é a maior responsável pelo aborto provocado e suas complicações. Toda mulher que não deseje engravidar precisa ser esclarecida sobre como fazer para evitar filhos e dispor de métodos anticoncepcionais gratuitamente no serviço público de saúde que frequenta.

O ABORTO E SUAS COMPLICAÇÕES Toda mulher grávida que tenha utilizado algum método para tentar abortar ou, independente disso, apresentar sangramento vaginal, dores abdominais, febre, palidez seguida de tontura ou desmaio, deve imediatamente procurar um serviço médico, preferencialmente o hospital ou maternidade mais próximos de sua residência.

Além dessa providência, quem estiver acompanhando a mulher – seja parente, amigo ou profissional de saúde – deve, com a rapidez possível, encaminhá-la a um serviço médico com maiores recursos caso

ela esteja, respirando com dificuldades, apresente pulsação muito rápida, barriga dura, mostre-se confusa ou inconsciente ou, ainda, esteja sangrando muito ou tenha corrimento purulento pela vagina.

As mulheres que já tiveram um aborto são as que apresentam maior chance de terem outro. Portanto, os profissionais de saúde devem alertá-las para os perigos daí decorrentes e oferecer-lhes alternativas seguras para evitar uma nova ocorrência. Essa atenção inclui um reforço de orientação após o aborto, ainda no hospital, chamando a atenção da mulher para a importância da consulta puerperal (ou de pós-aborto), para os riscos de um aborto inseguro e outra gravidez logo em seguida, bem como informações sobre métodos anticoncepcionais apropriados e eficazes.

Depois de um aborto, a mulher tem sua fertilidade rapidamente reconstituída, ou seja, a sua capacidade de engravidar novamente. Por isso, é necessário que, com a orientação de um profissional de saúde, ela escolha o método anticoncepcional adequado para início no tempo certo.

Toda mulher que sofre um aborto, seja ele espontâneo ou provocado, corre o risco de complicações como hemorragia, infecção ou embolia, que podem levar à morte. Mas, é claro, esses problemas são muito mais frequentes nos casos de aborto provocado que nos espontâneos.

O aborto, principalmente o provocado em más condições, pode causar algumas lesões ou seqüelas futuras para a mulher. A principal delas é a esterilidade: muitas vezes, por causa de infecção ou perfuração, faz-se necessária a retirada do útero (histerectomia). Outras vezes, as trompas ficam obstruídas também por causa de uma infecção, o que igualmente provoca esterilidade.

As conseqüências de um aborto provocado podem ser muito graves, incluindo até mesmo a morte, principalmente quando realizado por pessoas que não possuem o adequado treinamento e competência. Sempre haverá alguém disposto a aproveitar-se, em troca de algum dinheiro, da situação de uma mulher desesperada com uma gravidez indesejada. Quem mais sofre com essa situação são as mulheres mais pobres, porque as de melhor condição econômica utilizam os serviços de clínicas e especialistas, onde o risco de complicação é mínimo.

Igualmente ao parto, o aborto é sempre uma situação médica de **ASSISTÊNCIA AO ABORTO** urgência que deve ser atendida em qualquer hospital ou maternidade. Assim, os parâmetros de atendimento devem ser idênticos aos do parto; e a mulher não deve aceitar censuras, recriminações, descortesias ou recusa de atendimento ou tratamento.

Os profissionais de saúde devem ser treinados para o rápido reconhecimento das complicações do aborto, sobretudo as infecções. Nesses casos, todos os hospitais devem estar devidamente capacitados para realizar a curetagem (ou aspiração manual ou a vácuo) e o tratamento com antibióticos. Esse tratamento deve ser rápido, sem julgamentos nem caráter punitivo.

Na maioria das vezes, o tratamento médico para o aborto incompleto consiste na internação da mulher. No hospital, ela irá receber soro com ocitocina, o que manterá seu útero contraído e eliminará os restos ovulares. Além disso, será também realizada pelo médico, com anestesia, a curetagem (ou raspagem do útero).

Uma transfusão sangüínea só se faz necessária nos casos em que a mulher apresente hemorragia forte, com perda de grande quantidade de sangue, o que pode provocar uma anemia severa. Da mesma forma, a utilização de antibióticos só deve ser indicada quando, devidamente comprovado por exames laboratoriais, o abortamento for caracterizado com infectado, com a mulher apresentando sintomas de febre e dor.

Se não surgir nenhum problema, a mulher pode retornar à sua casa algumas horas após a curetagem, ou no dia seguinte. Geralmente, a recuperação costuma ser rápida e sem problemas. Na maioria das vezes, uma semana de repouso é suficiente e a mulher pode voltar a trabalhar e desempenhar normalmente suas atividades.

5. O PÓS-PARTO

Da mesma forma que a gravidez, o pós-parto – também denominado **ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO** – é um período especial na vida de uma mulher e merece algumas **PÓS-PARTO** considerações específicas.

No puerpério podem surgir problemas de saúde ainda relacionados com a gravidez, responsáveis por muitas seqüelas e até mesmo mortes de mulheres, provocadas por hemorragias e infecções.

Deve ser amplamente divulgada, nos serviços e estabelecimento de saúde, incluindo os postos de saúde, a necessidade de realização de uma consulta de controle pós-parto – que deve ser feita 45 dias após o final da gestação – para um efetivo controle de saúde da mulher, tanto geral quanto ginecológica. Nessa ocasião, ela também receberá informações específicas sobre os cuidados que deve tomar consigo mesmo e com o bebê e orientações pertinentes à amamentação, vida reprodutiva e sexualidade.

Após sair da maternidade, toda mulher que deu a luz deve ficar atenta para o aparecimento de febre, sangramento vaginal exagerado, dor ou infecção nos pontos da cesárea ou da episiotomia, tonturas muito freqüentes, mamas empedradas e dolorida. Em qualquer dessas situações, deve procurar imediatamente o serviço de saúde.

As relações sexuais podem ser restabelecidas por volta de 20 dias após o parto, quando já tiver ocorrido a cicatrização. No entanto, devem ser tomadas providências quanto à anticoncepção.

Se a mulher quiser engravidar novamente e ter outro filho, o ideal é que aguarde cerca de dois anos. É sabido que uma gravidez muito perto da outra aumenta o risco de problemas de saúde, tanto para a mãe quanto para a criança. Esse intervalo de tempo é necessário para que o organismo possa se restabelecer por completo, evitando complicações para o futuro bebê, como prematuridade e baixo peso, e para a própria mãe, como anemia, debilidade física ou hemorragia.

A ANTICONCEPÇÃO COMO PRÁTICA DOS DIREITOS REPRODUTIVOS Se a mulher não deseja mais filhos ou só quer tê-los mais tarde, faz-se necessário que utilize algum método anticoncepcional. Assim, ela deve receber orientação específica sobre essa matéria no período pós-parto. É importante que lhe seja comunicado que alguns métodos anticoncepcionais podem ser prejudiciais à amamentação, como a pílula.

Ressalte-se o fato de ser muito remota a chance de uma mulher engravidar antes de 45 dias após um parto (ou 30 dias após um aborto) se estiver amamentando exclusivamente a criança (só lhe dando o peito, sem nenhum complemento), e ainda não tiver menstruado. Nessa condição, sua chance de engravidar até seis meses após o parto é muito reduzida. Esse novo-velho método, já conhecido por nossas avós, é atualmente chamado de LAM (Lactação e Amenorréia como Método).

Os anticoncepcionais comumente indicados para a mulher que está amamentando – e que não lhe compromete significativamente o aleitamento – são a minipílula (diferente da pílula comum), o dispositivo intra-uterino (DIU), o condom ou camisinha-de-vênus, o hormônio injetável e o diafragma.

Se a gravidez e/ou parto foram de risco ou apresentaram algum problema mais sério, a consulta pós-parto tem ainda maior importância. É necessário esclarecer se, numa futura gravidez, esse problema pode vir a comprometer a saúde da mãe ou da criança. Em caso afirmativo, a mulher – junto com seu marido ou companheiro e de posse das informações fornecidas pelo médico – pode decidir-se por não ter mais filhos e optar por um método anticoncepcional definitivo, como a laqueadura (para ela) ou vasectomia (para ele).

No caso de haver concordância do casal é preferível que o homem faça uma vasectomia, procedimento bem mais rápido e simples que a laqueadura. No entanto, é necessário esclarecer que ambos os métodos são, na prática, definitivos.

MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS Atualmente, São muitas as opções anticoncepcionais disponíveis, cuja melhor escolha deve considerar as possíveis indicações e/ou contra-indicações médicas. De maneira geral, os métodos anticoncepcionais podem ser divididos em 5 categorias:

1. Métodos comportamentais

São métodos baseados em práticas e atitudes que modificam o comportamento sexual, seja a abstinência de sexo em determinados períodos, seja a adoção de medidas que impeçam o contato do sêmen com a vagina (coito interrompido). Geralmente, estes métodos são seguros para a saúde, mas sua eficácia apresenta grande variabilidade. A lista a seguir relaciona estes métodos com uma explicação sumária.

Tabela: abstinência sexual no período fértil – identificado pelo calendário das menstruações, pela presença do muco ou pelo aumento da temperatura corporal da mulher. A eficácia deste método depende tanto da participação do seu marido ou companheiro como do reconhecimento, pela mulher, do seu período fértil.

Coito Interrompido: consiste na retirada do pênis de dentro da vagina, na hora de ejacular – entretanto, não se deve esquecer que antes da ejaculação há possibilidade de liberação de espermatozóides através do líquido que sai do pênis.

Lactação e Amenorréia como Método (LAM): amamentação exclusiva no peito durante os primeiros seis meses de vida da criança, enquanto a menstruação ainda não tiver reiniciado.

2. Métodos de barreira

São métodos que utilizam artefatos ou substâncias químicas que impedem o contato do sêmen com o útero ou com o óvulo (que é a célula que permite a reprodução). A lista a seguir relaciona os principais métodos de barreira, com uma explicação sumária.

Condom ou camisinha: capa de borracha fina, descartável que colocada no pênis endurecido impede que o sêmen masculino entre em contato com a vagina. Protege contra as doenças transmissíveis pela relação sexual, inclusive a AIDS. O pênis deve ser retirado da vagina imediatamente após a ejaculação; deve-se cuidar que o esperma não extravase da camisinha.

Diafragma: artefato de borracha fina, não descartável, em forma de pequena cuia, que é colocado pela própria mulher na vagina para impedir que os espermatozóides entrem no útero – preferencialmente, deve ser usado com geléia espermicida. Deve ser usado em todas as relações sexuais, requerendo disciplina da usuária.

Dispositivo intra-uterino (DIU): objeto plástico com cobre que é colocado pelo médico dentro do útero. Entretanto, nem toda mulher pode utilizá-lo. Exige controle rigoroso sobre a higiene e saúde da usuária, a qual deve visitar regularmente o ginecologista.

Espermicida: creme, espuma ou óvulo colocado pela mulher na vagina, antes da relação sexual. Contém uma substância que destrói os espermatozóides. Quando utilizado em combinação com outro método – diafragma ou tabela – tem sua eficácia aumentada.

3. Métodos hormonais

São métodos que, através do uso de hormônios, provocam a inibição da ovulação, ou seja, o corpo da mulher passa a não mais produzir os óvulos, suas células reprodutoras. A lista a seguir relaciona os principais métodos hormonais, com uma explicação sumária.

Pílula: administração diária de hormônio via oral para impedir a ovulação. É ideal que tenha indicação e acompanhamento médicos. Preferencialmente, deve ser ingerida sempre no mesmo horário

Hormônio injetável: injeção de hormônios mensal ou trimestralmente, que impedem a ovulação, aplicada em torno do 8º dia do ciclo menstrual. Necessita de indicação e acompanhamento médicos. Pode ocasionar alterações do ciclo menstrual, com eliminação de sangue fora do período da menstruação.

4. Métodos definitivos ou cirúrgicos

São métodos que impedem a chegada do óvulo ao útero (laqueadura ou ligadura de trompa) ou do espermatozóide à vagina (vasectomia). Como o próprio nome indica, são métodos definitivos e, portanto, necessitam de muita segurança e certeza de quem vai se submeter a um deles. A lista a seguir relaciona os principais métodos de definitivos ou cirúrgicos, com uma explicação sumária.

Laqueadura: cirurgia que, pela obstrução das trompas da mulher, interrompe a passagem do óvulo para o útero.

Vasectomia: cirurgia que impede a eliminação dos espermatozóides, feita pelo corte dos canais deferentes do homem. É um método irreversível, porém o homem deve ter cuidado com as primeiras quatro semanas após a cirurgia, em virtude da possibilidade de ainda haver presença de espermatozóides armazenados. Não causa a impotência e o homem continua ejaculando, porém sem espermatozóides.

5. Métodos para situações especiais

São aqueles utilizados em situações em que uma relação sexual apresente chances de ocorrência de uma gravidez indesejada. A lista a seguir relaciona os principais métodos de para situações especiais, com uma explicação sumária.

Pílula do dia seguinte: é a pílula convencional utilizada em alta dosagem. Sua indicação ocorre nos casos em que a mulher tem uma relação sexual em período fértil sem proteção para evitar a gravidez. A alta dose de hormônio impede a implantação do óvulo fertilizado. Este método deve ser usado apenas excepcionalmente e nunca como método principal.

Minipílula: hormônio à base de progesterona usado diariamente pelas mulheres que estão amamentando, sem comprometer o leite.

6. SAÚDE E SEXUALIDADE

A sexualidade é um aspecto fundamental da vida e está presente desde o nascimento até a morte. É, portanto, o conjunto das emoções, sentimentos, fantasias, desejos e interpretações que o ser humano vivencia ao longo de sua vida. Não se restringe às práticas sexuais – as quais respondem a aspectos diferentes da vivência de cada indivíduo.

De forma geral, o prazer é a base das pulsões que vinculam, o indivíduo à vida: o prazer de trabalhar, de brincar, de namorar ou mesmo de fazer sexo. As sensações experimentadas pelo corpo durante todas as fases de seu desenvolvimento fisiológico – excitação, prazer, desconforto, entre outras – são respostas não somente à capacidade de perceber estímulos sensoriais incluindo emoções, sentimentos e fantasias – nem sempre claramente identificadas, porque manifestações do inconsciente.

As experiências vividas e internamente reinterpretadas por cada pessoa no seu convívio social – família, escola, igreja e outras instituições – vão produzir conhecimentos, preconceitos e temores no que diz respeito ao corpo, aos valores e às práticas sexuais. Obviamente, essa bagagem sociocultural também influenciará a vivência da sexualidade, no seu sentido mais amplo.

Essa integração de vivências definirá, em cada pessoa, de modo particular, os caminhos pelos quais irá orientar o seu desejo – que pode se expressar entre pessoas de sexos diferentes ou do mesmo sexo.

Na infância, o desejo sexual é manifestado e expresso pela manipulação que a criança realiza com o próprio corpo; na adolescência, começa a se configurar o desejo pelo outro; na vida adulta e até a velhice, normalmente prevalece o modo de sexualidade compartilhada.

Visando assegurar a melhoria da vida e das relações pessoais, os serviços de saúde não podem restringir-se apenas ao atendimento reprodutivo ou às doenças de transmissão sexual, mas devem oferecer atendimento à saúde sexual – orientações que elevem a auto-estima e possibilitem o conhecimento sobre o próprio corpo, promovendo, assim, relações mais igualitárias entre homens e mulheres, numa ótica não-sexista, garantindo suas singularidades individuais

Os profissionais de saúde, por sua vez, devem possuir formação adequada para exercerem a correta abordagem das questões relativas à sexualidade, quotidianamente trazidas na prática clínica. Não lhes compete tecer juízos de

valor sobre questões de foro íntimo – tais como infidelidade, práticas sexuais – ou, ainda, prescrição de condutas sexuais. O despreparo no lidar com esses problemas resulta, quase sempre, em uso abusivo de medicações e procedimentos desnecessários.

Em todo o mundo, a adolescência vem merecendo especial atenção, **SEXUALIDADE NA** haja vista que nessa etapa da vida a desinformação, aliada às **ADOLESCÊNCIA** características de auto-suficiência próprias da idade, aumenta em muito os riscos tanto de gravidez como de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

No tocante às questões de saúde sexual e reprodutiva, os adolescentes necessitam de atendimento especializado, sem preconceitos ou discriminação, que pode e deve ser realizado tanto pelos serviços de saúde como pelas escolas e a própria família.

Em relação à gravidez nessa faixa etária, sua ocorrência vem crescendo substancialmente. Esse fato resulta, no mais das vezes, numa ruptura de projetos de vida e uma vivência precoce da maternidade, já que geralmente as mães adolescentes enfrentam solitariamente essa responsabilidade, sem apoio dos pais de seus filhos.

Como agravante desse quadro, a mortalidade materna entre as adolescentes é alta, o que se deve, em parte, à ausência de políticas específicas de atenção a esse grupo, aliada aos fatores biológicos que aumentam o risco reprodutivo.

A contemporânea expansão da epidemia da AIDS provoca um grande desafio coletivo – serviços de saúde, famílias, escolas, por exemplo – no sentido da expansão de práticas de sexo seguro. Os adolescentes recém-ingressos na vida sexual ativa necessitam especial atenção quando da formulação das estratégias de controle da AIDS e DSTs – as quais devem ser realizadas de modo a propiciar-lhes uma vivência sexual saudável, e não atemorizadora.

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) são aquelas que, como o próprio nome indica, transmitem-se por intermédio das relações sexuais – entre pessoas do mesmo sexo ou de sexos diferentes -, formando uma cadeia só quebrada com o tratamento. Sua transmissão pode ocorrer desde o momento da contaminação até a cura total,

independente de haver ou não presença de sintomas.

Corrimentos, feridas ou verrugas nos órgãos genitais são formas pelas quais essas doenças se manifestam. Todas causam medo, angústia, culpa e vergonha, sentimentos esses que levam os indivíduos a buscar soluções inadequadas (profissionais não habilitados; orientação de balconistas de farmácias; remédios caseiros, “simpatias” etc.) que, no mais das vezes, não os leva à cura – ao contrário, em vários casos até agravam o quadro.

As doenças sexualmente transmissíveis são classificadas nas seguintes categorias:

- as essencialmente transmitidas pelas relações sexuais: sífilis, gonorréia, linfogranuloma venéreo, cancroíde, donovanose – essas três últimas são hoje raras e se manifestam por úlceras genitais e gânglios na região da virilha, com abscessos purulentos;
- as freqüentemente transmitidas pelas relações sexuais: hepatite B, AIDS, herpes, verrugas (condilomas) e algumas infecções vaginais – das quais as mais freqüentes são as micoses (monilíase ou candidíase) e a tricomoníase;
- as eventualmente transmitidas pelo íntimo contato corporal no ato sexual: escabiose (sarna) e pediculose (“chato”).

O tratamento de qualquer dessas doenças deve ser realizado com medicamentos apropriados, indicados por profissional de saúde devidamente capacitado. Ressalte-se que algumas DSTs, quando não corretamente tratadas, podem gerar complicações futuras, incluindo a esterilidade.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES SOBRE ALGUMAS DSTs **Corrimentos vaginais:** são secreções amarelas ou esbranquiçadas que saem pela vagina. Este sintoma é geralmente associado à presença de monilíase, tricomoníase e verrugas. Alguns corrimentos podem apresentar mau cheiro e ser acompanhados de coceira e ardência (secreções sem cheiro e coceira podem ser normais). De qualquer modo, faz-se imprescindível a procura de um serviço de saúde.

Importante: o parceiro sexual deverá ser tratado mesmo que não apresente qualquer sintomatologia, pois a doença pode ser contagiosa.

Úlceras genitais: são feridas que surgem no ponto de inoculação do germe causador da doença. Podem ou não ser dolorosas e apresentar variação de tamanho e duração. A sífilis, por exemplo, revela-se

através de uma úlcera, o cancro mole. Algumas úlceras têm, inicialmente, o aspecto de pequenas bolhas, como é o caso do herpes genital.

Verrugas: surgem na vulva, vagina, colo do útero e ânus. Manter a higiene local e não coçar para que as lesões não se disseminem para outras partes do corpo são cuidados fundamentais.

Pediculose: (“chato”: é uma infestação de pequenos parasitos (piolhos) encontrados na base dos pêlos, preferencialmente os pubianos. Podem também aparecer no abdome, coxas e nádegas.

AIDS

CAPÍTULO À PARTE

A AIDS é uma doença causada pelo HIV (vírus da imunodeficiência adquirida) e provoca uma debilidade progressiva do sistema imunológico. Sua contaminação ocorre principalmente através de relações sexuais sem a proteção do condom ou camisinha.

Outras formas freqüentes de transmissão são a transfusão de sangue contaminado e o uso compartilhado de agulhas e seringas (no caso dos indivíduos viciados em drogas injetáveis).

Atualmente, é preocupante o crescimento da AIDS na população feminina. Assim, todas as mulheres com vida sexual ativa, casadas ou não, estão expostas ao risco de contrair o vírus da AIDS. Esta situação, alarmante, está requerendo urgente mudança nas práticas sexuais dos casais, mesmo aqueles em situação de casamento estável.

Se a gestante for portadora do HIV, o vírus pode vir a ser transmitido para o feto durante o período gestacional, no momento do parto ou através da amamentação. A utilização de AZT e outros medicamentos imuno-estimuladores em mulheres grávidas soropositivas evita sensivelmente a transmissão da AIDS ao bebê.

A proteção possível contra o HIV é a adoção efetiva de práticas sexuais seguras, obtidas mediante o uso de preservativos em todas as relações. Nas relações sexuais desprotegidas, deve-se evitar a penetração. Além disso, é desejável a manutenção de um número restrito ou exclusivo de parcerias sexuais. No caso dos viciados em drogas injetáveis, não compartilhar agulhas e seringas.

BIBIOGRAFIA CONSULTADA

ALCALÁ, M. J. Compromissos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos. **Family Care International, New York, 1995**

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. **Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação Materno-Infantil, Brasília, 1994.**

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. **Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP), Brasília, 1994.**

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de ação para redução da mortalidade materna. **Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação Materno-Infantil, Brasília, 1995.**

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ABC do SUS – Doutrinas e princípios. **Secretaria de Assistência à Saúde, Brasília, 1990.**

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acompanhando a saúde da mulher. Parte I: gestação, parto e puerpério. **Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade, Brasília, 1995.**

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Oito passos para a maternidade segura. Guia básico para serviços de saúde. **Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação Materno-Infantil, Brasília, 1995.**

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório Final da I Oficina Brasileira sobre a Anticoncepção de Emergência: um grupo de consulta para o seu uso no Brasil. *Femina*, 24(6): 567-570, 1996

CANELLA, P. & VITIELLO, N. Tratado de reprodução humana. Editora Cultura Médica, Rio de Janeiro, 1996.

CONGRESSO NACIONAL, Relatório nº 2, de 1993 – CN. Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. Brasília, 1993.

FAÚNDES A. & CECATTI, J.G. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cadernos de Saúde Pública*, 7(2): 150-173, 1991.

FAÚNDES A. & CECATTI, J.G. (Org.). Morte materna: uma tragédia evitável. Editora da UNICAMP, Campinas, 1991.

HALBE, H. – Tratado de Ginecologia. Editora Rocca Ltda., São Paulo, 1991.

PASSOS, M.R.L. – Doenças Sexualmente Transmissíveis. Editora Cultura Médica, Rio de Janeiro, 1994.

ROYSTON, E. & ARMSTRONG, S. Preventing maternal deaths. WHO, Geneva, 1989.

UNICEF, OMS, UNESCO, FNUAP. Medidas vitais. Um desafio de comunicação. 1 ed. revisada (português). New York, 1993.

VILLELA, W. Oficinas de sexo mais seguro para mulheres. Abordagens metodológicas e de avaliação. Nepaids. São Paulo, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mother-baby package. A safe motherhood planning guide. Maternal Health and Safe Motherhood Programme, Division of Family Health. WHO/FHE/MSM/94.11. Geneva, 1994.