

11 | Maria do Socorro

Sumário

Maria do Socorro.....	2
Abortamento e pré-natal.....	10
Gestação e HIV.....	14
Acolhimento.....	15
Maus-tratos.....	19
Tabagismo.....	21

▶ Maria do Socorro



Dona Maria do Socorro é cadastrada na UBS Ilha das Flores. A unidade tem duas equipes (Amarela e Verde), que frequentemente reclamam do excesso de trabalho devido à superlotação da capacidade física instalada. A superlotação já está sendo analisada há alguns meses pelo assessor da Atenção Básica do município de Cachoeira da Serra.



O bairro de Ilha das Flores é considerado um dos grandes bolsões de miséria do município e tem o território coberto por um lixão, contando com uma população aproximada de 9 mil habitantes.

A equipe amarela tem 5.250 pessoas, concentra a área de assentamento do MST e parte do território do lixão. Tem cadastradas 52 gestantes. Recentemente a equipe foi convidada pela gerente Margarida para planejamento das ações voltadas a implantação da linha de cuidado à saúde da mulher e criança que por sua vez é orientada pela Rede Cegonha.

Atualmente a assistência da equipe ao pré-natal-puerpério e acompanhamento das crianças fica a desejar. As fichas B dos ACS estão desatualizadas e não há controle de presença em pré-natal. Não há atividades de avaliação e educação em saúde, principalmente em saúde bucal para as gestantes.

Haverá dentro em breve uma reunião com a Secretaria Municipal para discussão dos indicadores de saúde materno infantil, dado o alto índice de mortalidade infantil nesta região. A pauta da reunião agendada com o assessor de saúde do município será discutir os indicadores, a implantação da Rede Cegonha e as diretrizes para organização desta linha de cuidado, além de realizar a devolução dos dados levantados pelo comitê de mortalidade infantil recém-criado no município.

Maria do Socorro foi até a Unidade para tentar passar no atendimento de demanda espontânea, pois precisava muito tirar uma dúvida quanto ao atraso de seu ciclo menstrual. Ao ser chamada, aproximou-se com tranquilidade do consultório médico. Era uma mulher do interior paulista de 42 anos, esbelta, cabelos negros até os ombros, parda por herança genética e por trabalhar em sol ardente em sua cidade de origem.

Aparentava um pouco mais envelhecida em relação à sua idade, mas mantinha certa jovialidade, apesar de sua história de vida sofrida. Tinha um olhar firme e atento, rosto redondo, aperto de mão forte e sorriso gentil. Paradoxalmente, como será visto a seguir, parecia angustiada em resolver o problema que a trouxera ali, já que a solução desse problema ocorreria de uma forma que é proibida em nosso país.



Era casada com José, portador do HIV, cuja transmissão a ela nefastamente ocorreu num tempo em que ela não acreditava que o companheiro pudesse ter outros relacionamentos e ser usuário de drogas.

Tem seis filhos:



Encontrava-se agora, novamente, em atraso menstrual e com uma contagem do hormônio beta-HCG suficiente para que pensasse num procedimento que a livrasse do problema de gravidez, porém estava preocupada com o aborto.

Atualmente fazia serviços gerais em casas de um bairro de classe alta da cidade. Ela e o marido não completaram o primeiro grau, embora ela aparentasse ter tido mais alguns anos de estudo. Puderam alugar pequena e humilde casa, com dois quartos no quintal de parentes.

Alguns filhos dormiam no mesmo quarto do casal. Casualmente, eram os que tinham sintomas sugestivos de asma persistente leve. Maria do Socorro dizia que eles faziam regularmente acompanhamento do HIV na cidade de origem, e que nunca precisaram usar antirretrovirais. Aparentava boa reação emocional ao HIV, reagindo e enfrentando psicologicamente bem o problema.

Maria alegava cuidar-se com preservativos, mas o rompimento de um deles anunciou a possibilidade do que mais temia. Passou, então, a fumar ainda mais do que já fumava: de 10 a 15 cigarros ao dia, passou a fumar de 20 a 30. Em certos momentos, percebia-se fumando, mas nem sabia como havia acendido o cigarro; sabia que prejudicava a asma de seus filhos, mas não conseguia largar o tabagismo.

Foi até a Unidade porque precisava resolver o problema da gestação e só confiava no médico da equipe Amarela, o Dr. Marcelo, que sempre fazia visita em seu domicílio e tratava muito bem seus filhos.

Marcelo, médico da equipe Amarela, não tinha espaço para atendê-la na agenda programada, e ele também não estava escalada para o atendimento da demanda espontânea. Mesmo assim, ele resolveu atendê-la. Então Maria entra no consultório e lhe conta a situação.



– O que te faz pensar em abortar? – pergunta Marcelo.

– Não quero mais filhos, doutor... – responde Maria. – O José, meu companheiro, não aceitou fazer vasectomia nem quis que eu fizesse ligadura. Disse que «era contra Deus...». Contra Deus é o que ele faz aí com essa história das biqueiras. Pelo menos aceitou usar camisinha... Mas a história desse vírus... – afirma Maria, com um olhar vago e lagrimejante.

Sensibilizado, Marcelo coloca a mão no ombro de Maria, que não contém as lágrimas e se põe a chorar.

– Quer um lenço de papel? – Marcelo pergunta.

Maria nega balançando a cabeça e dá continuidade à conversa: – Sabe, nem conseguimos comida direito para os que estão aí... Ninguém na minha rua gosta de chegar perto da gente por causa da doença e do vício do meu marido. Só a Valéria, a agente comunitária, vai lá. Você entende que mais um filho só vai complicar nossa vida? – completa Maria.

– Posso tentar imaginar o quanto deve ser difícil para você pensar nas consequências de uma nova gestação – diz Marcelo.

Maria concorda com a cabeça e relata: – Uma de minhas patroas falou que tem algumas clínicas... Algumas mais baratas... Pensei em ir lá...

– Você sabe como é feito um aborto? – questiona Marcelo.

– Não, não sei – responde Maria. – Ouvei falar que fazem com agulha de tricô, é isso mesmo?

– Mas a sua patroa é da área da saúde? – interrompe Marcelo.

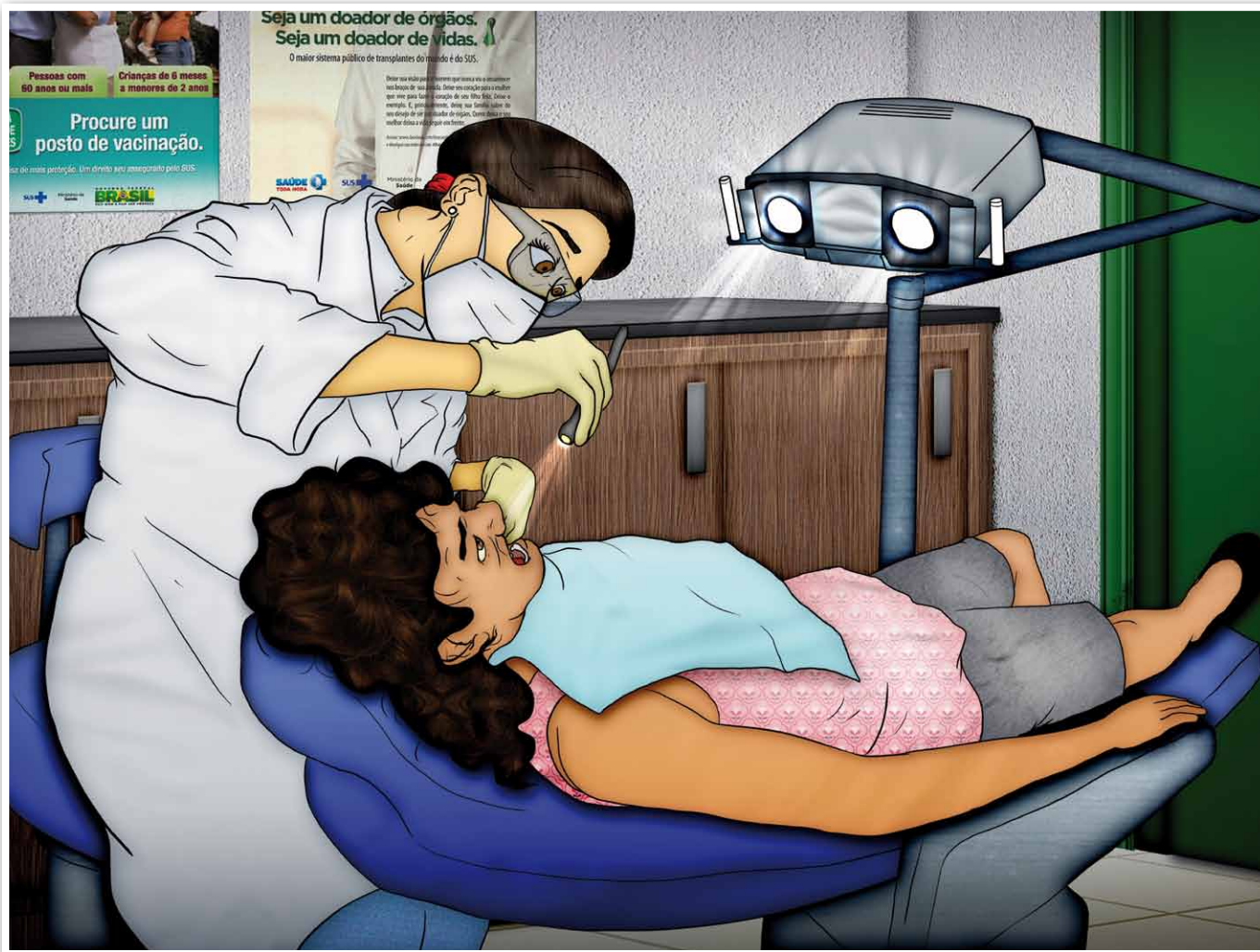
– Não sei, só sei que tem essa clínica – responde Maria.

– O aborto é um procedimento médico, feito em vários países, mas é proibido no nosso – explica Marcelo. – As clínicas que fazem são clandestinas, e muitas não o fazem corretamente, isto é, sem a limpeza adequada dos instrumentos e a técnica correta. Pode haver um grande risco para a saúde da mulher que se submete a um aborto, entre eles, sangramentos e infecções graves.

– E o que poderia acontecer? – pergunta Maria.

– Poderia ficar muito doente, e até morrer – responde Marcelo.

Maria se assusta e balbucia:



- Se eu morrer, quem cuida das crianças?
 - E, se por acaso, você resolvesse levar adiante a gestação, como seria? – insiste Marcelo. – Você sabe que, se usar os remédios direito, tem a chance de diminuir a transmissão para o feto.
 - Nem quero pensar mais nisso agora – responde Maria, com uma fisionomia mais aliviada e continua:
 - Quero aproveitar para lhe mostrar uma bolinha no céu da boca... Os meus dentes, desde que peguei a doença, começaram a amolecer e vejo uma «massa branca» na minha língua.
- Depois de examinar Maria, Marcelo diz:

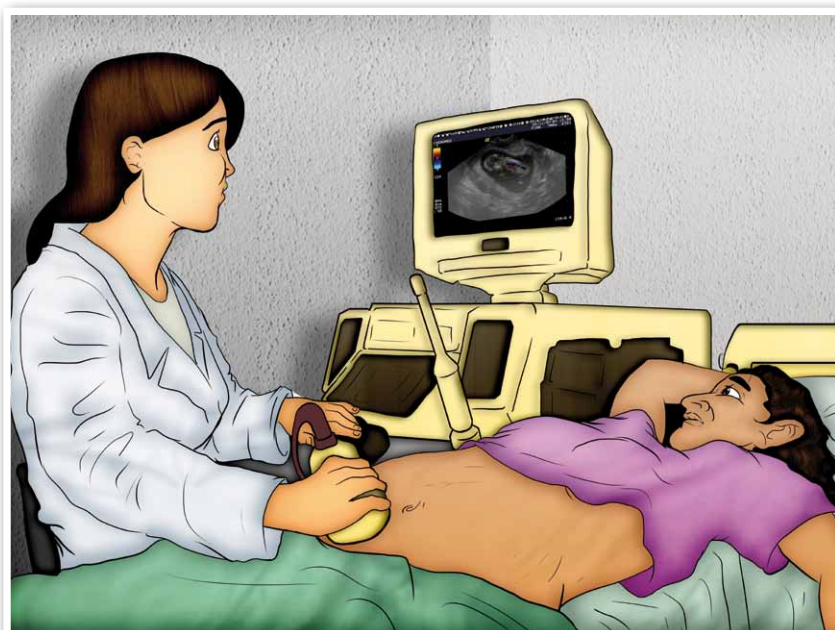
– Que tal você marcar consulta com um dentista daqui da UBS? É superlegal e tem um horário especial para grávidas!

Juliana está passando pelo corredor. Marcelo escuta a voz dela e a chama para uma interconsulta.

Juliana escuta o relato de Marcelo e pede para Maria do Socorro acompanhá-la até o consultório odontológico, pois havia uma vaga na agenda naquele momento.

Juliana verificou que se tratava de uma lesão vegetante em palato duro, pediculada, de cor semelhante à mucosa, medindo aproximadamente 5 mm. A língua apresentava uma pseudomembrana esbranquiçada. Radiografou alguns dentes e observou perda horizontal do osso alveolar.

Nesse interim, Marcelo comenta com a Elza que Maria do Socorro está



grávida. Neste momento Elza lembra-se do problema da mortalidade infantil no território, das reuniões de mortalidade materna e da linha de cuidado materno infantil. A enfermeira vai até o consultório odontológico e faz um gesto para Juliana, que entende e remete Maria do Socorro à Elza ao fim da consulta. Elza faz a abordagem inicial de Maria, sendo então marcada uma primeira consulta de enfermagem para o dia seguinte.

Antes da reunião de equipe do mesmo dia, Juliana, Marcelo e Elza conversam brevemente sobre Maria do Socorro, e tentam se organizar para oferecer o melhor cuidado possível, dado o risco que o caso apresenta.

Também, acionaram a equipe do NASF para que, na próxima reunião, esta discussão fosse levada como proposta para a construção do plano de cuidado para Maria.

No dia seguinte, durante consulta de enfermagem, Elza percebe que pela data da última menstruação, Maria do Socorro estaria com, aproximadamente, dez semanas de gestação naquele momento. Maria é multipara (**7 gestações – Partos 6 - A – aborto 0 – 2 Cesáreas - G7 P6 A0 C2- dos 2 últimos filhos**). **Não amamentou seus 2 últimos filhos pois foi orientada quanto aos riscos de transmissão do vírus.** Tinha três doses da vacina antitetânica, com reforço há menos de cinco anos, porém, sem relato de vacina contra hepatite B. Foram solicitados os exames de pré-natal, pertinentes ao 1º trimestre de gestação, e solicitadas ecografia obstétrica e avaliação em pré-natal de alto risco para dali há 15 dias. Foi receitado ácido fólico para prevenção de defeitos de formação em tubo neural e coletado citopatológico de colo uterino.

Elza faz tudo isso baseada no seu trabalho em outro município que já tinha protocolo de enfermagem bem estabelecido que a respaldava para estas condutas. No entanto, para baixar a mortalidade materna no seu território ela resolveu “colocar a mão na massa” e não aguardar o protocolo, mesmo sabendo dos possíveis implicações mediante seu conselho de classe.

Durante a consulta pôde conversar também sobre o aborto e seus riscos, sobre os medos e dificuldades para criar uma nova criança a dificuldade de relação com marido dependente químico. Também, realiza a primeira classificação de risco gestacional.

Maria do Socorro saiu satisfeita com a consulta de enfermagem. Pensou: nossa, nem sabia que enfermeira fazia consulta! Combinam um retorno após 30 dias com o Dr Marcelo e agenda uma primeira avaliação para dali a 15 dias com o médico do pré-natal de alto risco (segundo diretrizes da Rede Cegonha/Linha de cuidado).

Elza também combinou com a agende de saúde para visitar Maria do Socorro inicialmente, de forma semanal para saber se estava tudo bem e lembrá-la das consultas.



Quinze dias depois da consulta com a enfermeira Elza, Maria do Socorro, com treze semanas e cinco dias de idade gestacional, disse à agente de saúde ter pensado melhor e aceitado mais a gestação, e que estava mais aliviada. Porém a ACS comenta que Maria do Socorro expressa insegurança quando questionada sobre o NASF e plano terapêutico com equipe, principalmente ao saber da possibilidade de ter outros profissionais envolvidos. A ACS confessa que não soube conduzir esta situação pois nem mesmo ela, entendia ao certo, o papel do NASF na equipe.

Também comenta que Maria do Socorro não tinha chegado a tentar o aborto. Contou ter se consultado no pré-natal de alto risco e iria manter o acompanhamento lá, também.

A reunião de equipe programada com o NASF para discussão do projeto terapêutico não aconteceu, pois surgiram novas demandas que levaram a equipe a substituir este encontro pelas urgências da UBS, incluindo uma reunião não prevista com a gestão local.



Na semana seguinte, Elza fez uma visita domiciliar a Maria do Socorro, que lhe disse que fora prescrita a profilaxia antirretroviral, e que a iniciaria assim que tivesse os comprimidos em mãos. Foi orientada a respeito da importância de usar a medicação corretamente para evitar transmissão vertical, mantendo sempre a forte impressão de compreender as orientações e estar muito disposta e motivada para o tratamento.

A enfermeira Elza notou rasura no cartão da gestante, no qual estaria o resultado do exame HIV. Maria do Socorro também não sabia contar quais eram os nomes dos remédios ou quantos comprimidos diários tomaria.

Havia apenas um registro de consulta no pré-natal de alto risco, e Elza resolveu mudar a abordagem sem pressioná-la “pejorativamente”, mas tentando preservar o vínculo e obter informações claras; no entanto, Maria estava diferente: assumira uma postura de “acuada”, “defensivo-agressiva”, substituindo a aparente postura de “enfrentamento saudável” da doença. Chegou a questionar quem tinha mandado uma assistente social à sua casa. Elza não entendeu e seguiu a conversa. Apesar de todo o cuidado, não conseguiu desenvolver toda a consulta de enfermagem, pois Maria do Socorro estava muito impaciente e agitada, referindo estar preocupada com o horário de pegar os filhos na escola. Parecia muito preocupada com as crianças...

Também não retornou mais as consultas e aos grupos da dentista Juliana, que se mostrou preocupada com a ausência da Maria do Socorro e levou o caso para reunião de equipe.

Elza e Valéria levam o caso para reunião de equipe e solicitam a presença do NASF.

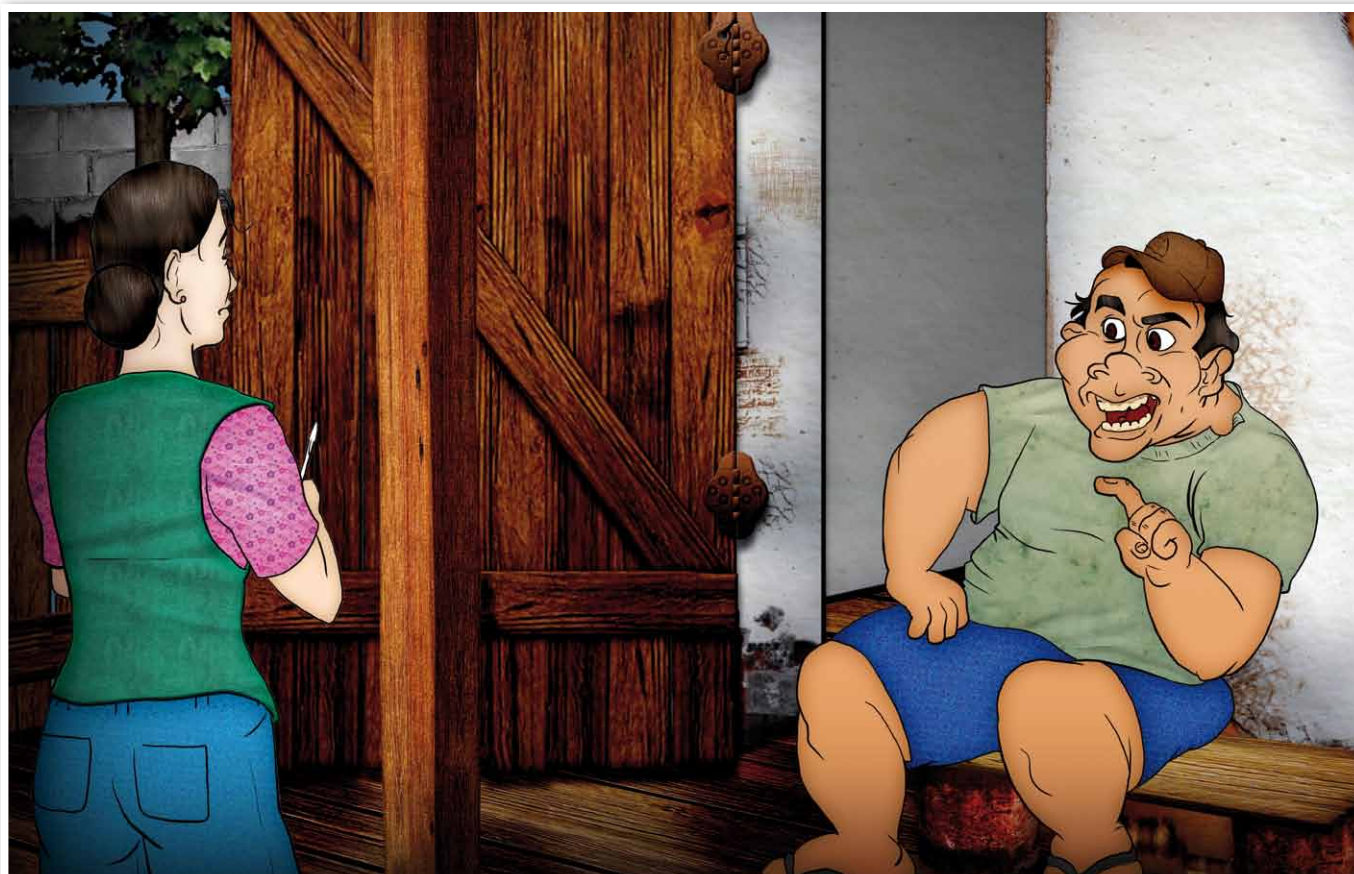
Apenas parte da equipe NASF comparece ao encontro (a assistente social Nayara também não consegue comparecer, pois ficou na UBS Vitória. Durante a discussão, relata-se o caso da Maria e que ocorreu uma visita

da Nayara sem antes pactuar a abordagem com a equipe. Diz que ela está acostumada a trabalhar desta forma na UBS de origem. Os demais colegas do NASF reconhecem o evento como inconformidade e propõem nova estratégia, sendo a visita compartilhada meio eleito para nova aproximação. Agendam na mesma semana para comparecer na visita.

Antes da consulta mensal com Doutor Marcelo, a equipe (agente comunitária Valéria, Michele psicóloga do NASF e a auxiliar de enfermagem Claudivânia) foram realizar um visita domiciliar de rotina. Estavam preocupadas com o relato da enfermeira na reunião de equipe, principalmente sobre o relato da abordagem feita pela assistente social do NASF no domicílio sobre possíveis maus-tratos às crianças. A assistente social tinha sido notificada pelo conselho tutelar, mas ninguém sabia exatamente do que se tratava, muito menos a equipe.

Valéria tinha a informação dos vizinhos de que havia sido retirada a guarda de duas crianças pelo Conselho Tutelar. Os supostos maus-tratos vieram à tona por uma denúncia anônima. A equipe foi informada posteriormente que foi a Nayara (assistente social do NASF), que não participava das reuniões de equipe, pois ficava na UBS Vitória e não tinha o hábito de compartilhar com os demais profissionais da equipe suas ações, apesar de receber com muita boa vontade os encaminhamentos de todos da UBS Ilha das Flores.

Valéria tinha a informação dos vizinhos de que havia sido retirada a guarda de duas crianças pelo Conselho Tutelar. Os supostos maus-tratos vieram à tona em virtude do trabalho do NASF (principalmente por causa da intervenção da assistente social).



Ao aproximar-se da casa da paciente, Valéria, Michele e Claudivânia avistam, ao longe, Maria, que se esconde da equipe. Um familiar, que se apresentou como “primo”, recebeu a equipe e disse, rispidamente, que Maria do Socorro nunca morara ali. Depois Maria do Socorro abre uma pequena fresta dizendo não poder receber visita naquele momento porque o marido estava em casa e tinha acontecido um problema com as crianças. Valéria, Michele e Claudivânia tentam programar nova visita, mas não conseguem, voltando para a UBS com um sentimento de frustração que foi compartilhado na reunião de equipe com o NASF da manhã seguinte.

Para surpresa de Valéria, quando voltou para visita, foi informada pelos vizinhos que a família havia se mudado da região. Conseguiu informação com os vizinhos que tinha se mudado para região de UBS Pedra Azul.

Elza aproveitou a reunião do comitê de mortalidade infantil, no qual era a representante do UBS Ilha das Flores, para comentar o caso da Maria do Socorro com a enfermeira Rita da UBS Pedra Azul. Assim, passou detalhes sobre a Maria do Socorro, destacando a repentina quebra de vínculo com sua equipe e a situação de risco da família em questão e o papel do NASF.

▶ Abortamento e pré-natal

Évelyn Traina e Osmar Ribeiro Colás



Abortamento

A paciente Maria do Socorro, de 42 anos, chega à Unidade de Saúde com gestação inicial e desejo de interromper a gravidez.

O abortamento é definido como a interrupção da gravidez antes da 20ª semana, sendo considerado precoce quando ocorre antes da 12ª.

Em relação à sua motivação, os abortamentos são classificados em espontâneo e provocados. Os abortamentos espontâneos são responsáveis por 55% dos casos e acredita-se que 45% dos abortamentos sejam provocados. É a mais frequente intercorrência obstétrica, acometendo até 20% das gestações. Na maioria das vezes, é evento isolado e sem causa aparente, decorrente de alterações cromossômicas fetais. Apesar disso, costuma ser frustrante, acarretando sentimentos de pesar e luto na mulher.

O abortamento provocado é proibido pela legislação brasileira, não sendo passível de punição em apenas duas situações, de acordo com o artigo 128 do Código Penal Brasileiro:

- Se não há outro meio de salvar a vida da gestante;
- Se a gravidez resulta de estupro.

No primeiro caso, é dispensável o consentimento da gestante. Somente o médico pode avaliar essa necessidade. A intervenção independe de autorização judicial ou policial. No entanto, deve ser caracterizado o “estado de necessidade”, sendo ideais a anuência de dois médicos e a notificação ao Comitê de Ética da instituição.



Saiba mais...

No caso de aborto por violência sexual, o procedimento só é permitido com o prévio consentimento da gestante ou de seu representante legal. O Código Penal não exige qualquer documento para a prática do aborto, a não ser o consentimento da mulher. A paciente não tem o dever legal de notificar o fato à polícia. No entanto, o médico deve valer-se dos elementos a respeito do estupro, quais sejam: declaração da mulher, anamnese e exame físico documentados em prontuário, atestados, laudo do IML (se houver), laudo ultrassonográfico, entre outros. Apesar de o Boletim de Ocorrência não ser obrigatório, a mulher deve ser estimulada a tomar as providências judiciais e policiais cabíveis, e o registro do Boletim de Ocorrência seria ideal. Se o médico for induzido ao erro pela gestante ou por terceiros quanto à ocorrência de violência sexual, ele não responderá pelo crime (art. 20, parágrafo 1º do Código Penal).

Uma terceira situação que tem sido muito discutida e aguarda decisão do supremo tribunal de justiça do Brasil é nos casos de anencefalia e outras mal-formações incompatíveis com a vida, visando salvaguardar as gestantes dos riscos inerentes à evolução destas gestações, que costumam evoluir com complicações (polihidâminio, pré-eclampsia, hemorragias pós partos etc.).

Maria do Socorro não se enquadra em nenhuma das situações descritas acima, portanto não poderia ser submetida a um abortamento legal no Brasil. A infecção pelo HIV não constitui risco à mãe ou ao feto, uma vez que hoje existem alternativas seguras de tratamento e profilaxia da transmissão vertical.

Diante disso, é frequente que a paciente procure clínicas e serviços clandestinos para a prática do aborto, que é muitas vezes realizado em condições ruins e com material inadequado.

O abortamento provocado é importante causa de infecção. Quando isso ocorre, a paciente apresenta dor local importante, útero amolecido, eliminação de material com odor fétido, comprometimento de estado geral, febre e taquicardia. Casos mais graves podem evoluir para infecção generalizada e septicemia. O tratamento antibiótico imediato é fundamental, lembrando que nas situações em que não há melhora clínica, a histerectomia pode ser necessária. Além disso, o aborto infectado ainda é causa de morte materna em nosso país.



Saiba mais...

Também é frequente que nos casos de abortamento provocado o material não seja enviado para estudo anátomo-patológico, indispensável para o diagnóstico diferencial de doença trofoblástica gestacional ou até mesmo de gestação ectópica. Por outro lado, é infrequente a realização de exames prévios ao procedimento, que poderiam levar à suspeita dos diagnósticos diferenciais. O erro diagnóstico nessas situações pode acarretar consequências sérias para a mulher, como a evolução para rotura tubária e choque hemorrágico, ou a evolução para doença trofoblástica maligna.

A não administração de imunoglobulina Rh para mulheres Rh negativo ainda pode ser outra causa de morbidade no aborto provocado, levando a aloimunização e risco de complicações fetais graves caso haja gestações subsequentes.

O médico Marcelo orientou adequadamente Maria do Socorro quanto aos riscos de se submeter a um procedimento ilegal, procurando, ao mesmo tempo, entender os medos e as angústias da paciente. Nota-se que, na consulta subsequente, Maria do Socorro desistiu do aborto e optou por levar a gestação adiante. Nessas situações de conflito, é importante que o profissional de saúde acolha a mulher, alertando-a sobre os riscos do procedimento, tentando, porém, não julgar a paciente. A abordagem inicial pode ser fundamental na tomada de decisão.

Classificamos os abortamentos em relação à idade gestacional, podendo ser precoces quando acontecem antes de 12 semanas e tardios entre 13 e 22 semanas. Alguns classificam também os abortamentos precoces em ovulares (até 8 semanas) e embrionários (entre 9 e 12 semanas). Os abortamentos tardios também são denominados abortamentos fetais.

Aspectos emocionais e doenças maternas graves como HIV devem ser avaliados com muito cuidado. Embora saibamos que com o pré-natal adequado, bem acompanhado e com as profilaxias antirretrovirais oportunas, o risco de transmissão vertical (mãe-feto) tenha diminuído drasticamente, não podemos deixar de admitir o impacto que esta doença traz aos pacientes, principalmente nas mulheres grávidas, com medo da passagem da sua doença para seu filho.

Embora no caso em questão o médico tenha tido um comportamento adequado no seu atendimento, não houve espaço maior para refletir sobre o contexto de vida da paciente numa visão ampliada e sistêmica. Como estava a relação intrafamiliar desta mulher? Como era o seu comportamento dentro de casa com seu esposo e filhos? Como ela enfrentava o estigma de ter uma doença grave materna, sabendo que poderia morrer? E quem cuidaria de seus filhos? Será que ela ainda estava com seu marido depois de tudo o que aconteceu? Será que foi discutido o fato de ela ter alterado o resultado na carteira de pré-natal por vergonha de ser estigmatizada pelo HIV, como costuma acontecer em nosso país? Todas essas questões seriam pertinentes em um atendimento multiprofissional, a fim de minimizar esses conflitos e muitos outros que com certeza existiam para esta mulher.

Com essa visão mais ampla, podemos perceber a necessidade de uma equipe multiprofissional e integrativa para abordar essas pacientes e temos que discutir mais sobre a sociopatia como um importante problema de saúde pública, inclusive como fator coadjuvante nas decisões das mulheres em levarem adiante essas gestações que impõem mais risco a elas.



Destaque

Outro aspecto que deve ser enfatizado é que essas mulheres, em virtude dos seus conflitos, medos e inseguranças, tendem a colocar-se em situações de alto risco para a realização do aborto. Com isso tornam-se suicidas em potencial, recorrendo a procedimentos totalmente inseguros para a interrupção da gestação, que vão desde a procura de locais inadequados (clínicas de fundo de quintal) até a utilização de medicamentos de forma errada ou introdução de materiais inadequados no útero, como agulhas de tricô, galhos de roseira e sondas vesicais reutilizadas por “parteiras”, que rompem a membrana amniótica. Essas pacientes são encaminhadas para os hospitais apenas quando começam a sangrar e ter cólicas, ficando muitas vezes por dias com a sonda introduzida no útero, levando a infecções graves, com consequências desastrosas.

O fato de Maria do Socorro ser tabagista, nos deve lembrar os efeitos do fumo sobre a gestação, principalmente relativo às implicações sobre o feto, determinando restrição de crescimento fetal. No entanto, vale ressaltar que a gestação não desejada pela paciente, não se configura um estímulo para que a mesma deixe de fumar, principalmente também pelo seu estado emocional em que o fumo seria uma “válvula de escape” para seu enfrentamento deste estado de ansiedade intensa que a mesma enfrenta.

As políticas governamentais relacionadas ao abortos também devem ser lembradas. A Humanização no Atendimento da Mulher em Situação de Abortamento, é um programa que teve início nos anos de 2009 e 2010, capitaneado pelo Ministério da Saúde, em que a meta foi diminuir a criminalização da mulher que provocou o abortamento, oferecer novas possibilidades e orientações na prevenção de novas gestações indesejadas e melhoria da técnica de esvaziamento uterino através da aspiração uterina em lugar da curetagem que apresenta maior morbidade. É importante para todos os profissionais de saúde terem conhecimento destes programas para os devidos encaminhamentos e orientações à população.

Portanto, muitas são as vertentes que poderiam ser analisadas neste caso, sendo que sabemos das dificuldades do sistema de saúde em oferecer todas as necessidades em questão, mas isso não impede a equipe de entender todas as implicações possíveis e procurar abordar o máximo de vertentes relativas aos aspectos expostos.

Pré-natal

No caso de Maria do Socorro, o pré-natal deve ser realizado em serviço especializado de referência, com abordagem multiprofissional, mas a Equipe de Saúde da Família deve se responsabilizar e coordenar a atenção junto à rede de serviços, observando a realização das orientações prescritas pelo serviço de referência, dando apoio emocional e suporte social e procurando suprir as necessidades da gestante nas diferentes dimensões (biopsicosocial), pois a equipe está mais próxima de sua residência e, portanto, mais próxima da problemática que envolve a gestante.

É importante ressaltar que, na primeira consulta da gestante, são previstos acolhimento, obtenção de história clínica, realização de exame físico, solicitação de exames de acordo com o protocolo vigente no município, verificação da situação vacinal, realização de cálculo da idade gestacional, avaliação nutricional, verificação da necessidade de encaminhar a gestante para referência especializada, prescrever ácido fólico, fornecer as orientações necessárias, registrar a gestante no SisPreNatal, abrir ficha B para a gestante, convidar a gestante para o grupo de pré-natal (que de preferência deve ser realizado em conjunto com a equipe de saúde bucal) e agendar o retorno.

O documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) oferece informações detalhadas de todos esses procedimentos, inclusive dos tópicos a serem abordados durante as atividades educativas (grupos) com a gestante. A equipe de saúde bucal também tem muitas orientações para compartilhar com a gestante nas atividades educativas nos diferentes trimestres da gestação (SÃO PAULO, 2007) e pode aproveitar esse contato para realizar a avaliação da saúde bucal, ou agendá-la para uma data oportuna. Também é preciso lembrar que, a partir da constatação da gravidez, a família passa a integrar o grupo de prioridades da equipe, devendo ser realizados o devido registro no SIAB e o acompanhamento pela ficha B.

Em relação ao cartão de pré-natal, é muito importante seu preenchimento correto, pois este permite que a gestante tenha sempre em mãos as informações mais importantes referentes à sua saúde, possibilitando que seja atendida da melhor forma nos diferentes serviços, principalmente em casos de urgência. Dessa forma, é aconselhável alertar Maria do Socorro sobre a presença de rasuras, pois pode colocar em risco sua saúde e a do bebê.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos Caderno n. 5).

SÃO PAULO (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde CODEPPS. Área Técnica de Saúde Bucal. **Nascendo e crescendo com saúde bucal: atenção à saúde bucal da gestante e da criança (Projeto Cárie Zero)**. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2007.

Gestação e HIV

Felipe Favorette Campanharo



O caso começa de forma marcante, relatando, na terceira cena, o modo como Maria teria sido infectada: “Era casada com José, portador do HIV, cuja transmissão a ela nefastamente ocorreu num tempo em que ela não acreditava que o companheiro pudesse ter outros relacionamentos e ser usuário de drogas.”

No Brasil, a principal forma de transmissão do HIV é a heterossexual, e a doença acomete atualmente dois homens para cada mulher. No início da epidemia eram 16 homens para cada mulher, e isso reflete o crescimento da doença entre as mulheres. Oitenta por cento das pessoas infectadas pelo HIV no Brasil encontram-se na faixa etária reprodutiva, sendo a gravidez – planejada ou não – uma ocorrência comum.



Destaque

Para o fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos das pessoas que vivem com HIV no Brasil, é fundamental a orientação dos profissionais de saúde sobre como abordar o assunto – o desejo ou não de ter filhos – com casais sorocordantes (quando ambos têm HIV) ou sorodiscordantes (quando um apenas é positivo para HIV) que desejam engravidar. A proposta é reduzir os riscos de transmissão sexual do HIV e a transmissão vertical. Uma vez havendo desejo de paternidade ou maternidade, é necessário estabelecer um planejamento conjunto.

“Maria do Socorro dizia que eles faziam regularmente acompanhamento do HIV na cidade de origem, e que nunca precisaram usar antirretrovirais.”

Importante é diferenciar o soropositivo (aquele que tem sorologia +, mas não apresenta nenhum sintoma e tem sua imunidade preservada) da pessoa com AIDS (sinais e sintomas + ou acometimento da imunidade). O fato de fazerem acompanhamento e nunca terem precisado usar antirretrovirais mostra que são soropositivos, e não doentes. É importante questionar sobre sinais e sintomas da doença, que podem ser sinais inespecíficos, como febre, perda de peso, diarreia... O acompanhamento desses indivíduos deve ser em serviço de referência, com equipe multiprofissional treinada para atender às diversas necessidades – não só de saúde, mas também sociais. Importante também seria o acesso às informações contidas no prontuário da cidade de origem, o que confirmaria seu acompanhamento prévio e traria sem dúvida informações valiosas sobre seu diagnóstico, estado de saúde e situação imunológica.

“Aparentava boa reação emocional ao HIV, reagindo e enfrentando psicologicamente bem o problema.”

O HIV tornou-se uma afecção crônica nos dias atuais, com a evolução da terapia antirretroviral altamente efetiva, em que os infectados não estão mais fadados a morrer de AIDS. Todo portador do vírus da AIDS tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo melhor qualidade de vida. Vivemos uma fase em que os indivíduos devem “conviver” com o HIV, mantendo em todos os aspectos sua vida social. Toda ação que visar recusar aos portadores do HIV/AIDS um emprego, uma assistência ou a privá-los disso, ou que tenda a restringi-los à participação em atividades coletivas, deve ser considerada discriminatória e punida por lei.

“Maria alegava cuidarem-se com preservativos, mas o rompimento de um deles anunciou a possibilidade do que mais temia.” – estava grávida.

“Não quero mais filhos, doutor...” – responde Maria. – “O José, meu companheiro, não aceitou fazer vasectomia nem quis que eu fizesse ligadura. Disse que ‘era contra Deus...’ [...] Pelo menos aceitou usar camisinha...”

O casal em questão é dito “soroconcordante” (ambos são HIV+). Entre os direitos garantidos na Constituição estão os direitos sexuais e reprodutivos, sendo ainda o planejamento familiar de livre decisão do casal. Chamamos atenção ao fato de a gravidez em questão não ter sido planejada e ter acontecido devido à falha do método contraceptivo em uso (camisinha). Essa gestação poderia ter sido evitada, caso a paciente fosse orientada quanto ao uso da contracepção de emergência (pílula do dia seguinte). É importante o uso da camisinha, mesmo em parceiros soroconcordantes, pois o método de barreira evita a troca de “cepas” virais diferentes, o que exporia os pacientes a um risco “extra”.

“– Você sabe que, se usar os remédios direito, tem a chance de diminuir a transmissão para o feto.”

A gravidez em pacientes HIV+ deve acontecer com o máximo de segurança, em condições ideais, tanto para os pais quanto para o bebê. As tecnologias hoje disponíveis e recomendadas no Brasil (uso de TARV na gravidez, AZT intraparto e realização de cesárea eletiva) são capazes de reduzir o risco de transmissão vertical para menos de 1%.

Para aqueles casais sorodiscordantes que desejam ter filhos, é importante o acompanhamento em serviço de referência. Os métodos de reprodução assistida podem ir desde terapias consideradas simples até os mais complexos processos.

Conheça os pré-requisitos para o sucesso na reprodução em casais HIV+:

1. Apresentar estabilidade imunológica;
2. Boa adesão ao tratamento;
3. Carga viral indetectável;
4. Não ter infecções genitais (outras DSTs, por exemplo).

“Foram solicitados os exames de pré-natal, isto é, de laboratório, pertinentes ao 1º trimestre de gestação, e solicitadas ecografia obstétrica e avaliação em pré-natal de alto risco. Foi receitado ácido fólico para prevenção de defeitos de formação em tubo neural e coletado citopatológico de colo uterino. (...) Maria do Socorro saiu satisfeita com a consulta de enfermagem. Pensou: nossa, nem sabia que enfermeira fazia consulta! Combinam um retorno após 30 dias com o Doutor Marcelo e ir ao pré-natal de alto risco.”

Todas gestantes de alto risco encaminhadas ao serviço de referência deverão ser monitoradas por este. Sugere-se que mantenham o vínculo com o serviço de contrarreferência, realizando agendamento de retorno ao serviço de saúde para confirmação do seu acompanhamento (no pré-natal de alto risco) e/ou a manutenção da sua participação em grupo educativo de gestantes.

A rotina pré-natal nas pacientes HIV devem incluir na primeira consulta, além dos exames rotina, a quantificação CD4 e da carga viral, avaliação do perfil lipídico (colesterol e triglicérides) e função renal (ureia e creatinina séricas). Hemograma e enzimas hepáticas deverão ser solicitados com intervalo de 15 a 60 dias, de acordo com o esquema de TARV em uso, além de Reação de Mantoux (PPD) para avaliação de contato com tuberculose, bacterioscopia de secreção vaginal e pesquisa de clamídia e gonococo em secreção cervical.

A coleta de citologia oncológica do colo do útero (Papanicolaou) deve seguir as diretrizes do Programa de Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino. A periodicidade recomendada é a realização de um exame citopatológico a cada três anos, após a

realização de dois exames anuais consecutivos com resultados negativos, ou seja, exames que não apresentaram alterações neoplásicas malignas. Havendo alguma anormalidade, a conduta deverá ser individualizada segundo as recomendações do Programa de Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino.

A ecografia obstétrica, neste caso em especial, é de grande valia, pois a idade é um fator limitante na vida reprodutiva da mulher, sendo fundamental reconhecer que existe maior risco para aneuploidias, tais como Trissomias 13, 18 e 21 nas pacientes com idade superior a 35 anos. Isso aumenta a importância da realização do US morfológico de primeiro trimestre, que deverá ser realizado entre 11-14 semanas como rastreamento.

A maior prevalência de comorbidades clínicas e obstétricas no ciclo grávido-puerperal da gestante acima de 40 anos impõe assistência pré-natal atenciosa, sendo a consulta pré-natal muitas vezes a primeira consulta realizada por essas mulheres em longo período de tempo.

“Quinze dias depois da consulta com a enfermeira Elza, Maria do Socorro, com treze semanas e cinco dias de idade gestacional, disse à agente de saúde ter pensado melhor e aceitado mais a gestação, e que estava mais aliviada.”
“Não tinha chegado a tentar o aborto. Contou ter se consultado no pré-natal de alto risco e iria manter o acompanhamento lá também.”

Paciente assintomática do ponto de vista do HIV, Maria do Socorro tem início da TARV programado para a 14ª semana. Logo, nessa idade gestacional, ela já deveria estar com os medicamentos em mãos.

O cartão da gestante deverá ser preenchido com as informações básicas para atendimento da paciente, dados sobre seu estado de saúde, como nível de hemoglobina, sorologias e idade gestacional (corrigida caso haja algum erro de data). Esse cartão deverá ser levado obrigatoriamente a todas as consultas, sendo muitas vezes o único documento/registro que a paciente leva no momento do parto.

“A enfermeira Elza notou rasura no cartão da gestante, no qual estaria o resultado do exame HIV. Maria do Socorro também não sabia contar quais eram os nomes dos remédios ou quantos comprimidos diários tomaria.”

A adesão à profilaxia antirretroviral é um dos principais fatores na redução do risco de transmissão da infecção pelo HIV. O uso inadequado e/ou incompleto da TARV está diretamente relacionado ao risco de falha da profilaxia. A paciente deverá entender e aceitar a necessidade da profilaxia e utilizar os medicamentos prescritos com responsabilidade compartilhada. Muitos fatores influenciam na adesão da paciente, entre eles a escolaridade, aspectos socioeconômicos, efeitos colaterais e situação do vínculo com a equipe profissional responsável.

A fim de melhorar a adesão, devemos lançar mão de estratégias, como utilizar lembretes para tomada dos medicamentos, elaborar escala diária dos medicamentos, definindo horários ou atividades relacionadas com as tomadas, manter a paciente bem informada e esclarecer suas dúvidas em todas as consultas.

A paciente em questão infelizmente não apresentou reação positiva em relação à gravidez, e talvez por medo/preconceito negou-se a admitir o HIV (rasura no cartão), sendo, porém, o aspecto mais importante o não uso da profilaxia. Isso deixa o feto em situação desfavorável, exposto à contaminação. Conforme dito anteriormente, a responsabilidade pelo uso da TARV deve ser compartilhada com a paciente, e seu não uso constitui negligência materna.

A tentativa de reforçar o vínculo e a realização de visitas domiciliares são opções louváveis a serem desenvolvidas pela equipe no sentido de busca ativa desse caso, cujo acompanhamento poderia impedir fim tão dramático como a transmissão vertical do HIV.

▶ Acolhimento

Anelise Riedel Abrahão



“Acolher”, segundo o dicionário, é “receber, admitir, dar acolhida”. No entanto, o acolhimento como ato ou efeito de acolher define uma atitude, ou seja, uma ação de estar com, uma relação com algo ou alguém, e é nesse sentido que defendemos essa ação assistencial, por ser ela repleta de relevância no atendimento à população.

Apesar de a ideia do acolhimento parecer estar presente em todas as relações humanas, observa-se que esta não tem sido verificada com frequência nas práticas cotidianas, em que o cliente tem sido tratado com distanciamento e enquadrado nas regras preestabelecidas, de forma indiscriminada, ou seja, sem a valorização da sua necessidade individual.

A descaracterização das necessidades individuais do cidadão vem agregada a todo um contexto político-social voltado ao produto como volume assistencial, desprestigiando, portanto, a qualidade. Esse processo provocou na saúde uma espécie de “anestesia” da nossa capacidade de ausculta, reproduzindo assim a indiferença perante o outro. Essa atitude leva ao enfraquecimento das relações humanas, colaborando como consequência para a descrença coletiva nos serviços de saúde, interferindo negativamente na efetividade das suas ações (NEVES; ROLLO, 2006).

Como vemos, o Ministério da Saúde vem lançando aos profissionais um desafio: reativar nossa capacidade de cuidar e, para tanto, é imprescindível que estejamos atentos para acolher, tendo como princípios norteadores a indissociabilidade dos sujeitos com seu cotidiano e a coletividade em que estão inseridos (NEVES; ROLLO, 2006).



Destaque

O grande desafio para nós, trabalhadores da saúde, é transpor para nossa prática a efetivação do princípio da universalidade do acesso aos serviços de saúde com qualidade. Para tanto, é necessário que, além de recursos técnicos e financeiros, possamos sensibilizar e capacitar nosso pessoal para que estejam aptos a acolher essa população (PINHEIRO; MATTOS, 2001).

O acolhimento como pilar da assistência

A ideia do acolhimento nos serviços de saúde não é nada nova e já passou por diferentes interpretações. Tradicionalmente, é abordada como uma recepção administrativa em ambiente confortável ou ainda uma triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados.

Ambos os enfoques têm sua importância; no entanto, se isolados dos processos assistenciais, se restringem a uma ação descomprometida, em que fica clara a preocupação com a queixa e/ou doença e não se evidencia uma abordagem ao indivíduo, repercutindo muitas vezes em um encaminhamento inadequado, sem avaliação do real potencial de risco, agravo ou sofrimento.

Para superar essas dificuldades, é necessário que a visão do acolhimento seja ampliada e articulada com o processo de trabalho e gestão dos serviços, sendo um recurso importante para favorecer a humanização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, a credibilidade destes (TEIXEIRA, 2003).

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para realizá-lo – faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que consiste na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (NEVES; ROLLO, 2006).

Segundo Neves & Rollo, o acolhimento como ação técnico-assistencial permite a análise da assistência com foco nas relações, pressupondo uma mudança na postura do profissional em relação ao usuário e sua rede social, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (NEVES; ROLLO, 2006).

As equipes de saúde frequentemente se deparam com questões como: Quem acolher? Qual é o horário do acolhimento? Em qual lugar?

Tais perguntas mostram, muitas vezes, a dificuldade de apreensão, por parte dos trabalhadores, do que vem a ser o acolhimento. A importância de envolver todos os profissionais, lembrando que muitas vezes o nosso usuário tem seu primeiro contato com o serviço por meio da recepcionista, do segurança, do auxiliar de limpeza, e não diretamente com os profissionais de saúde. Portanto, a “postura acolhedora” deve fazer parte das habilidades dos membros das equipes em sua relação com a população, em todos os momentos.

Referências

NEVES, C. A. B.; ROLLO, A. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 2ª ed. Brasília, DF, 2006.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2001.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003, p. 89-111.

▶ Maus-tratos

Renato Nabas



No presente caso, há o relato da existência de violência intrafamiliar perpetrada pelos pais aos seus filhos, de acordo com o atendimento realizado pela assistente social do NASF e com o conhecimento que se tem da retirada de duas crianças do seio da família pelo Conselho Tutelar e, possivelmente, pela Vara da Infância e Juventude.

Não há elementos da anamnese e do exame físico que nos permitam identificar se as crianças que ainda vivem com a família estejam sofrendo maus-tratos e muito menos a qual tipo de violência intrafamiliar estão submetidas: negligência/abandono, violência psicológica, violência física ou violência sexual. Tal informação também é inexistente em relação às crianças que estão afastadas da família.

Porém, o caso nos faz pensar que estamos lidando com uma família que vive uma situação de risco psicossocial associado à violência doméstica, evidenciada por condições de vulnerabilidade, como o uso de drogas, dificuldades socioeconômicas, provável ausência do pai em seu papel provedor, dificuldades dos pais em cuidar de sua própria saúde e do próprio corpo, tornando-a bastante vulnerável para o desenvolvimento de um estilo negligente no cuidado dos seus filhos, em que os pais concentram-se em suas próprias necessidades e interesses, e não nas dos filhos. Os pais não se envolvem com os seus papéis, e o papel parental, a longo prazo, tende a diminuir cada vez mais, até desaparecer. Desenvolvem uma tendência a manter seus filhos a distância, respondendo somente às suas necessidades básicas, não se envolvendo nas tarefas de socialização e não monitorando o seu comportamento.

E o fato de a família se mudar do território, quando sentiu que os profissionais se aproximavam mais no intuito de compreender a sua dinâmica de relações, ressalta uma característica marcante de famílias abusadoras, que é a dificuldade e a resistência em se socializar, levando a um empobrecimento nas trocas afetivas.



Destaque

Embora o Conselho Tutelar fosse sabedor da situação do risco psicossocial desta família para ocorrência de violência doméstica contra as crianças, a equipe de Saúde da Família não detinha essa informação, que fora repassada de forma incipiente pela equipe do NASF. Notamos, nesse caso, a ausência de articulação de uma rede de apoio social que pudesse favorecer o enfrentamento da violência doméstica. A rede de apoio envolve todos os recursos disponíveis do indivíduo e do seu meio social, incluindo, portanto, a família, a escola, a Unidade Básica de Saúde e outras instituições com as quais a criança tem contato, na procura de ações que envolvam o suporte direto de pessoas (professores, profissionais de saúde, vizinhos, agentes comunitários de saúde) e de ações de suporte institucional mediado por políticas públicas (vagas em escolas de educação infantil ou ensino fundamental, procura dos Centros de Referência de Assistência Social para inclusão da família em programas governamentais como Bolsa Família, por exemplo, e acompanhamento sistemático pelo serviço de saúde).

Em nosso meio, o Conselho Tutelar caracteriza-se como um órgão da rede de apoio institucional às crianças e famílias em risco psicossocial. Ele deve funcionar como o grande articulador dessa rede de apoio, cujas decisões e articulações estabelecidas podem influenciar a resposta à situação de vulnerabilidade de crianças e famílias e o desenvolvimento infantil.

O Conselho Tutelar trabalha a partir de uma denúncia oferecida por familiares, profissionais ou por qualquer cidadão que queira ou não se identificar. Quando a denúncia de violência doméstica é apresentada, o Conselho tem poderes para aplicar uma série de medidas que busquem garantir a proteção da criança, que vão desde a orientação, o apoio e o acompanhamento temporário da família, realizadas pelo próprio conselheiro, até a suspensão do pátrio poder. Essas ações são trabalhadas em articulação com a Vara da Infância e Juventude e o Ministério Público.

No nosso caso também não há o relato de quem partiu a denúncia de violência doméstica, que resultou na suspensão do pátrio poder pelo Conselho Tutelar. Este não exerce de forma contundente o seu papel de disparador das redes de proteção e de apoio, tendo em vista que a própria equipe da Estratégia Saúde da Família, elo fundamental desta rede, não tinha conhecimento do fato, sendo impedida, portanto, de ter resultados em ações concretas para o enfrentamento da violência dentro desta família.

▶ Tabagismo

Felipe Favorette Campanharo



“Passou, então, a fumar ainda mais do que já fumava: de 10 a 15 cigarros ao dia, passou a fumar de 20 a 30. Em certos momentos, percebia-se fumando, mas nem sabia como havia acendido o cigarro; sabia que prejudicava a asma de seus filhos, mas não conseguia largar o tabagismo.”

O tabagismo passivo é a inalação por não fumantes da fumaça derivada da queima de derivados do tabaco, sendo a exposição do feto ao fumo materno o exemplo mais extremo de tabagismo passivo. Diversos estudos mostraram fortes evidências que os recém-nascidos de mães tabagistas têm peso inferior ao das não tabagistas, além de dobrar a chance de prematuridade. Entre os outros aspectos negativos do tabagismo, ligados à gestação, temos diretamente o aumento na incidência de patologias como inserção baixa de placenta, gravidez ectópica e abortamento. As alterações são dependentes da quantidade de cigarros consumida por dia, sendo que a suspensão do hábito de fumar no início da gestação pode determinar a prevenção dessas complicações.



Destaque

O fumo causa envelhecimento precoce na placenta. Na placenta de mulheres fumantes encontram-se diminuição do fluxo sanguíneo intervilo, redução do espaço intervilo, infartos, anomalias trofoblásticas, aumento do colágeno nas vilosidades, vascularização reduzida, edema na camada íntima dos capilares vilosos e nas arteríolas, necroses teciduais, anomalias bioquímicas e estruturais e alterações nos níveis de enzimas plasmáticas, fatores que levam a dificuldades nas trocas materno-fetais. A placentação anormal eleva o risco para as gestações dessas mulheres (KULAY, 2010; REICHERT, 2008).

Há, entre as mais de quatro mil substâncias encontradas na fumaça do cigarro, algumas com atividade especialmente deletéria à gestação. A nicotina e o monóxido de carbono serão discutidos abaixo, porém outras substâncias como o alcatrão e o cianeto também são altamente prejudiciais.

A nicotina estimula a liberação de adrenalina e noradrenalina, causando vasoconstrição arteriolar, com redução do fluxo sanguíneo placentário e diminuição de nutrientes e oxigênio para o feto, levando à acidose e à hipóxia. A nicotina atinge no sangue fetal valores superiores ao sangue materno, havendo relação entre a exposição ao tabaco e a diminuição da idade gestacional, bem como do tamanho do recém-nascido, além de estar relacionada com aborto es-

pontâneo, prematuridade e diminuição do peso fetal. A nicotina também causa isquemia e necrose da decídua, sendo o tabagismo um dos principais fatores de risco para o descolamento de placenta.

O monóxido de carbono pode causar hipóxia tissular crônica por diminuir a capacidade de transporte de oxigênio pelo sangue e reduzir a pressão na qual ele é liberado nos tecidos fetais. A hemoglobina fetal possui maior afinidade pelo monóxido de carbono que a hemoglobina de um adulto; sendo assim, sua concentração é muito maior (10 a 15%) no sangue fetal que no sangue materno, assim como os efeitos adversos.

A parada do tabagismo diminui o risco de complicações obstétricas. Na impossibilidade de “parar de fumar”, recomenda-se que não seja ultrapassado o limite de 6 a 10 cigarros por dia. Dependendo do número de cigarros/dia, pode ocorrer bradicardia fetal quando a mãe está fumando, o que se justifica pela hipóxia fetal mais prolongada ou taquicardia transitória com diminuição da variabilidade dos batimentos cardíacos fetais. O efeito agudo mais marcante do fumo sobre o comportamento fetal é a redução da movimentação fetal.

Além disso, estudos mostram associação do cigarro (20 cigarros/dia) com anomalias congênitas, como gastrosquise, onfalocele, atresia de intestino delgado, fenda labial e palatina, hidrocefalia, microcefalia e anomalias de mãos.

A intervenção mais eficaz no tabagismo materno é a prevenção da iniciação e o estímulo à cessação nas jovens antes de engravidar. As intervenções durante a gestação, porém, são de grande valia e têm elevada relação custo-benefício. A melhor oportunidade que temos para fazer uma mulher parar de fumar é durante a gestação, época em que a mulher encontra-se motivada, e que ocorrem os maiores índices de cessação. O problema é que, findada a gravidez, apenas 1/3 das pacientes mantêm-se “não tabagistas”, sendo a recaída muito frequente após o parto.

Existem duas abordagens terapêuticas para cessação do tabagismo, as farmacológicas e as não farmacológicas. As terapias não farmacológicas são as preferidas, porém pode ser necessária a substituição dos produtos da nicotina e de outros agentes quando a mulher é altamente dependente.

Para substituir os produtos da nicotina podem ser utilizados gomas e adesivos transdérmicos. A utilização desses meios, entretanto, não foi adequadamente estudada durante a gestação, sendo uma preocupação no uso dessas alternativas o potencial de redução do fluxo sanguíneo no útero e o aumento da resistência vascular uterina, que provocam restrição do crescimento e outras complicações.

Na abordagem desse grupo específico, o enfoque em prevenir as recaídas deve fazer parte do pré-natal, devendo as pacientes serem orientadas a parar sem medicação. É fundamental fornecer informações claras e específicas, de forma direta e o mais precocemente possível, sobre os riscos para mãe e feto, reforçando a necessidade de deixar de fumar.

O fumante deve aprender a reconhecer os sintomas e a duração da abstinência e se preparar para enfrentá-los, especialmente nos primeiros dias sem fumar. O principal deles, a fissura (desejo imperioso de fumar), costuma ceder entre um e cinco minutos, sendo importante desenvolver uma estratégia substitutiva até que o sintoma passe.

PASSOS NUMA ORIENTAÇÃO MOTIVACIONAL PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO:

- Encorajar a paciente a marcar uma data dentro de 30 dias para parar de fumar;
- Identificar os motivos que a levam a fumar e como poderá vencê-los;
- Consultas subsequentes, voltar a tocar no assunto até que esteja decidida a parar. A partir da data escolhida, a fumante deve se afastar de tudo que lembre o cigarro (não portar cigarros, cinzeiros ou isqueiros, não consumir café e álcool, por exemplo).

ORIENTAÇÕES QUANTO ABSTINÊNCIA E FISSURA:

- Beber líquidos;
- Chupar gelo;
- Mascar algo (balas e chicletes dietéticos etc.).

A recaída é um fenômeno natural no ciclo de qualquer dependência. A maioria dos fumantes realiza de três a dez tentativas até obter a abstinência definitiva. Os pacientes que têm recaída devem ser avaliados para determinar se estão dispostos a fazer uma nova tentativa. Uma intervenção breve nesse momento aumenta a probabilidade de tentativas futuras.

Referências

KULAY, L. et al. **Efeitos iatrogênicos de medicamentos e de imunizações, farmacodependências. Infortúnica.** In:

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE, J. **Obstetrícia.** Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2010, p. 792-793.

REICHERT, J. et al. **Diretrizes para cessação do tabagismo.** Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2008.

ZUGAIB, M. **Obstetrícia.** Barueri, SP: Manole, 2008, p. 223.