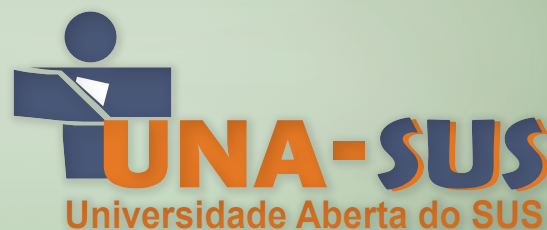


Especialização em **SAÚDE DA FAMÍLIA**



Unidades de Casos Complexos
Maria do Socorro

PRESIDENTA DA REPÚBLICA
Dilma Vana Rousseff

VICE-PRESIDENTE
Michel Miguel Elias Temer Lulia

MINISTRO DA SAÚDE
Alexandre Padilha

MINISTRO DA EDUCAÇÃO
Fernando Haddad

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA
EDUCAÇÃO EM SAÚDE (SGTES)

Secretário: Milton de Arruda Martins

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO
EM SAÚDE (DEGES)

Diretor: Sigisfredo Luís Brenelli

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO
PAULO (SES-SP)

Secretário: Giovanni Guido Cerri

CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE
SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO (COSEMS)

Presidente: Ademar Artur Chioro

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
(OPAS)

Diretora: Mirta Roses Periago

REDE UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
(UNA-SUS)

Secretário Executivo:

Francisco Eduardo de Campos

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DA
FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC)

Presidente: Gustavo Diniz Ferreira Gusso

FUNDAÇÃO DE APOIO À UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO PAULO (FAPUnifesp)

Diretor Presidente: Durval Rosa Borges

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
(UNIFESP)

Reitor: Walter Manna Albertoni

Vice-Reitor: Ricardo Luiz Smith

Pró-Reitora de Extensão:

Eleonora Menicucci de Oliveira

COORDENAÇÃO GERAL DO PROJETO
UNA-SUS (UNIFESP)

Conceição da Silva Vieira Ohara

Eleonora Menicucci de Oliveira

(dezembro/2009 à fevereiro/2012)

COORDENAÇÃO ADJUNTA/EXECUTIVA
Alberto Cebukin

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

Celso Zilbovicius

Daniel Gonçalves Almeida

Laís Helena Domingues Ramos

Rita Maria Lino Tarcia

COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Gisele Grinevicius Garbe

Monica Parente Ramos

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIA

Daniel Lico dos Anjos Afonso

PRODUÇÃO

Antonio Aleixo da Silva - *Design instrucional*

Eduardo Eiji Ono - *Web design e ilustração*

Felipe Vieira Pacheco - *Design instrucional*

Marcelo Franco - *Diagramação e ilustração*

Sílvia Carvalho de Almeida - *Revisão ortográfica*

Tiago Paes de Lira - *Diagramação*

Valéria Gomes Bastos - *Web design*

Edição, Distribuição e Informações

Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão

Rua Sena Madureira, 1500 - Vila Mariana - CEP 04021-001 - SP

Fale conosco: 011 5576.4842 (Secretaria)

(atendimento telefônico do suporte das 7h às 10h e de 15h às 18h)

<http://www.unasus.unifesp.br>

COPYRIGHT 2012

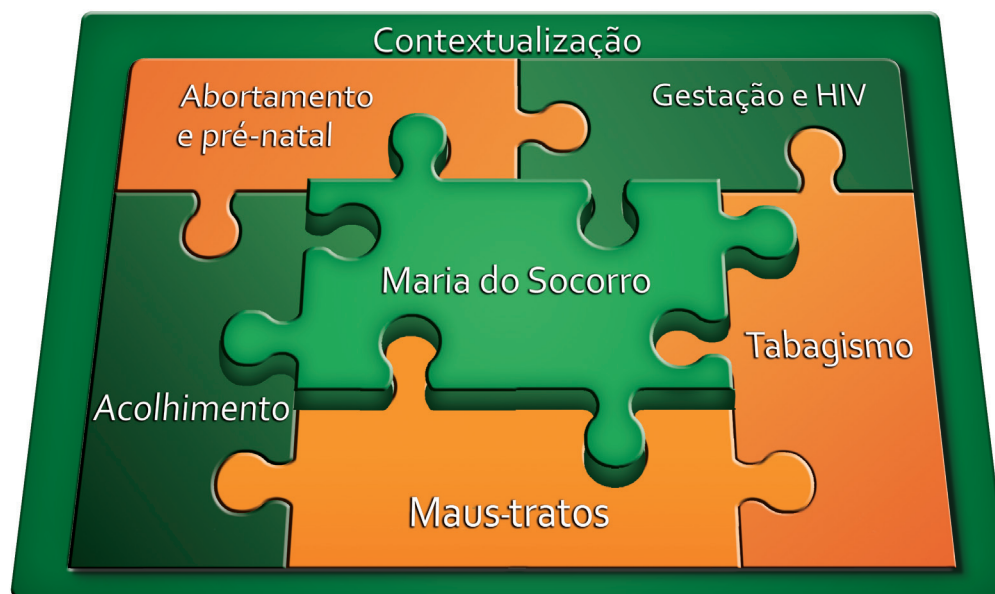
Todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de São Paulo.
É permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Maria do Socorro

Sumário

Maria do Socorro	4
Contextualização	11
Abortamento e pré-natal	15
Gestação e HIV	18
Acolhimento.....	21
Maus-tratos	23
Tabagismo.....	25

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 nove mil habitantes.

A equipe amarela atende a 5.250 pessoas, concentra a área de assentamento do MST e parte do território do lixão. Tem cadastradas 32 gestantes. Recentemente a equipe foi convidada pela gerente Margarida para planejamento da agenda para atitudes voltadas para assistência adequada às gestantes. 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 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, sendo que muitos casos são provenientes do território de Ilha das Flores. A pauta da reunião agendada com o assessor de saúde do município será discutir os indicadores e 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, 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.

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.

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 médico Marcelo, que sempre fazia visita em seu domicílio e tratava muito bem seus filhos.

Marcelo não tinha espaço para atendê-la na agenda programada, e ela 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. – Ouvi 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:

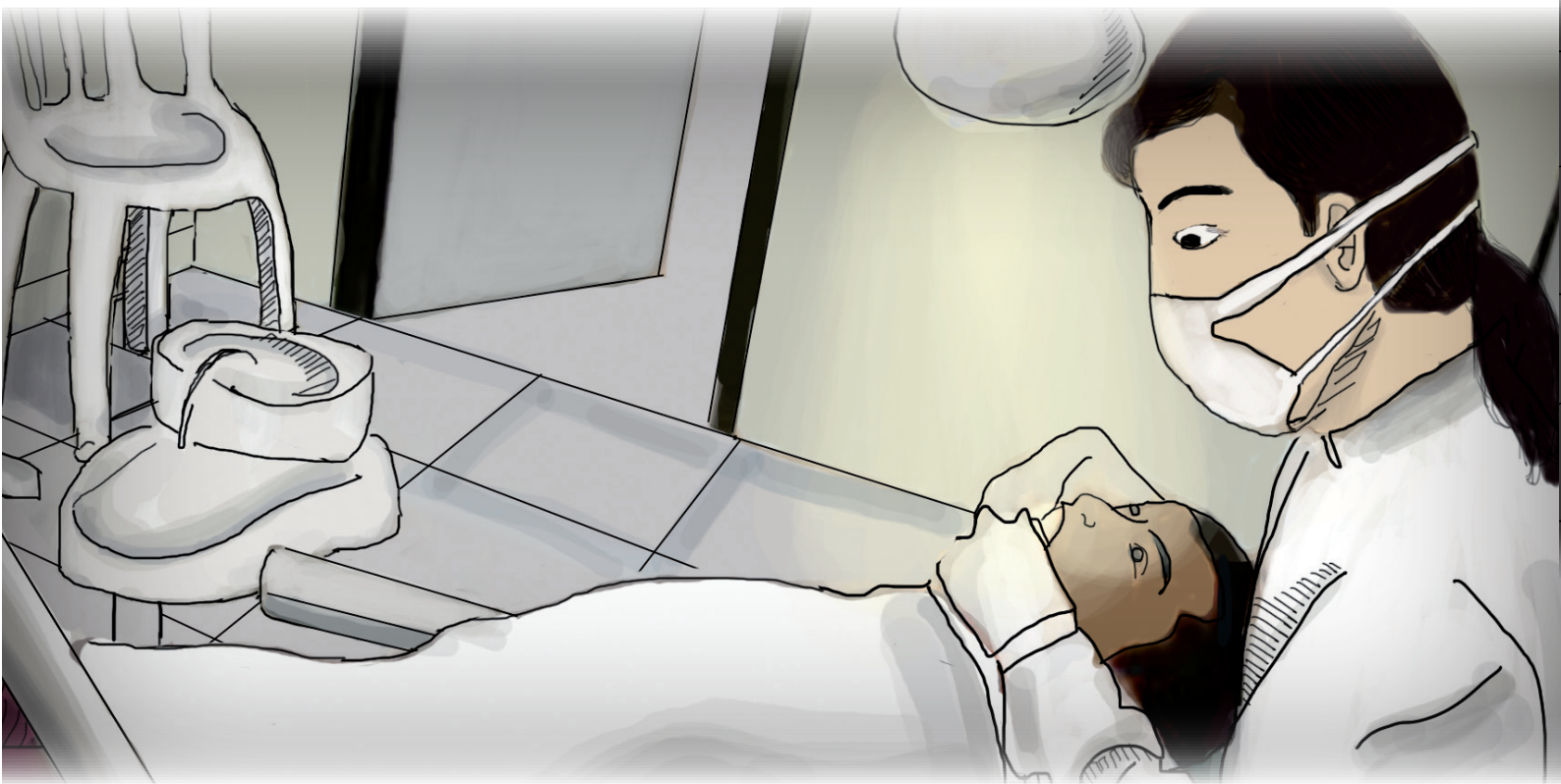


– Que tal você marcar consulta com um dentista daqui da UBS? É superlegal e tem um horário especial para grávidas! Juliana está passando pelo corredor. Marcelo escuta a voz dela e a chama para uma interconsulta.

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.

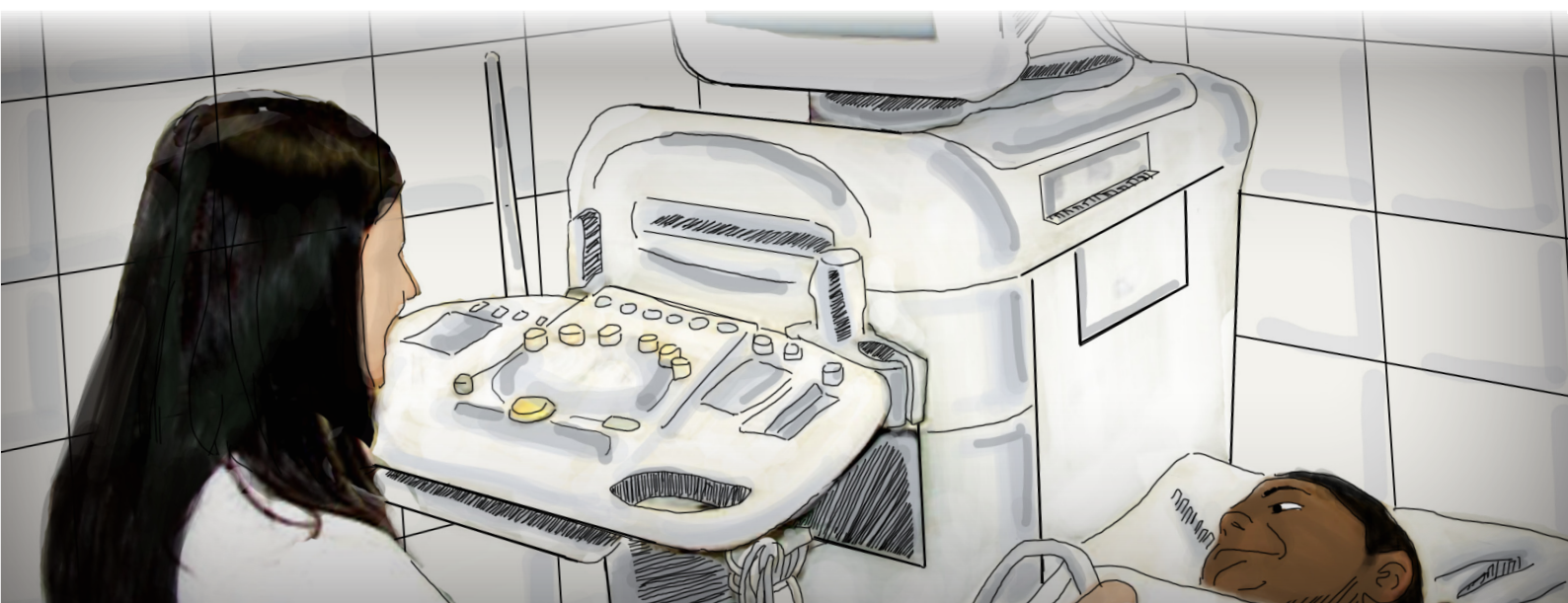
Juliana verificou que se tratava de uma lesão vegetante em palato duro, pediculada, de cor semelhante à mucosa, medindo aproximadamente 5mm. A língua apresentava uma pseudomembrana esbranquiçada. Radiografou alguns dentes e observou perda horizontal do osso alveolar.

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. 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, 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.

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. Tinha três doses da vacina antitetânica, com reforço há menos de cinco anos. Foram solicitados os exames de pré-natal, isto é, de laboratório, pertinentes ao 1º trimestre de gesta-



ção, 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. Elza faz tudo isso baseada no seu trabalho em outro município que já tinha protocolo de enfermagem bem estabelecido e 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 das 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 e dificuldade de relação com marido dependente químico. 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.

Elza também combinou com a agende de saúde para visitar Maria do Socorro toda semana 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.

Não tinha chegado a tentar o aborto. Contou ter se consultado no pré-natal de alto risco e iria manter o acompanhamento lá também.

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 às 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.

Antes da consulta mensal com Doutor Marcelo, a equipe (agente comunitária Valéria e auxiliar de enfermagem Claudivânia) foi realizar uma visita domiciliar de rotina. Estavam preocupadas com o relato da enfermeira na reunião de equipe, além do relato de uma abordagem feita pela assistente social do NASF no domicílio sobre possíveis maus-tratos às crianças.

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 assistente social do NASF, que não participava das reuniões de equipe, ficava no prédio da secretaria municipal 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.

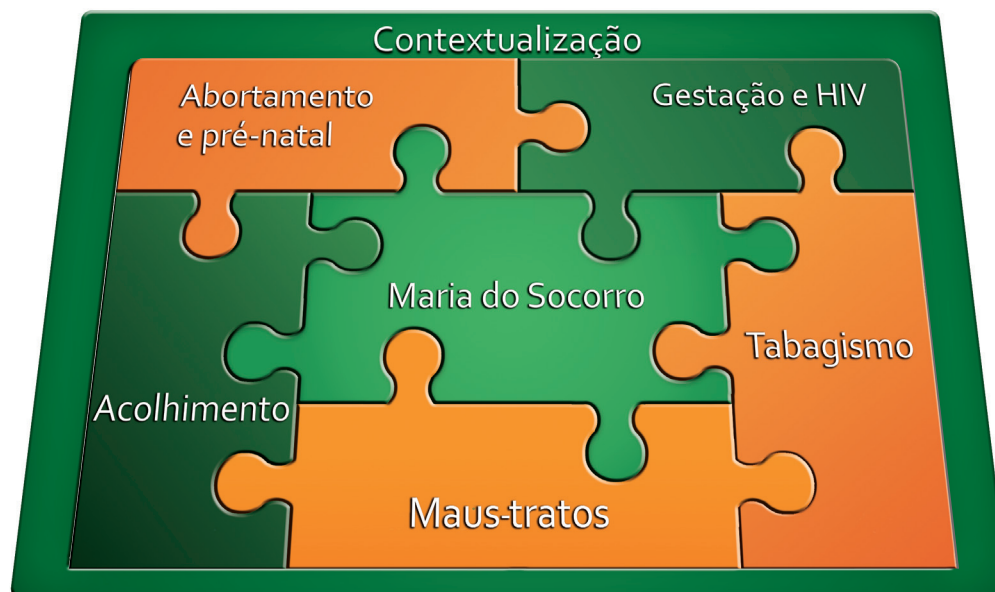


Ao aproximar-se da casa da paciente, Valéria e Claudivânia avistam, ao longe, Maria, que se esconde da equipe. Um familiar, que se apresentou como “primo”, recebeu a equipe e disse, rispidamente, que Maria do Socorro nunca morara ali. Depois Maria do Socorro abre uma pequena fresta dizendo não poder receber visita naquele momento porque o marido estava em casa e tinha acontecido um problema com as crianças. Valéria 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 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.

Contextualização

Julie Silvia Martins
Revisão de Daniel Almeida Gonçalves



O caso Maria do Socorro permite uma discussão ampliada, desde as questões específicas de seu estado de saúde e de sua família, como os aspectos fundamentais do trabalho em equipe na Atenção Primária, da articulação de rede social de apoio e do enfrentamento da mortalidade infantil. Vale lembrar que algumas situações aqui apresentadas serão melhor desenvolvidas teoricamente nas próximas unidades do curso e poderão ser retomadas para discussão em seus fóruns.

Do ponto de vista clínico, o caso traz para a discussão a questão do abortamento, que é um tema complexo, envolvendo aspectos sociais, culturais, econômicos, jurídicos, religiosos e ideológicos (BRASIL, 2010). Apesar da complexidade do tema, é imperativa a sua discussão, uma vez que as estimativas apontam que mais de um milhão de abortos inseguros são realizados no Brasil a cada ano, sendo uma das principais causas de morte materna no país (BRASIL, 2010). A própria condição de vida, a falta de recursos econômicos, de alternativas, a falta de informação sobre anticoncepção, a dificuldade de acesso aos métodos, falhas no seu uso, ou uso inadequado, entre outros aspectos, fazem com que o abortamento inseguro sacrifique cada vez mais as mulheres de comunidades pobres e marginalizadas (BRASIL, 2010).

Évelyn Traina apresenta a fundamentação teórica Abortamento, incluindo o conceito, a etiologia, a incidência, os fatores de risco e as condutas clínicas a serem adotadas nos diferentes casos, os métodos utilizados, as possíveis complicações, o diagnóstico diferencial com outras intercorrências passíveis de ocorrer durante a gestação, os cuidados a serem tomados em relação ao Rh sanguíneo e os aspectos legais relativos ao assunto. A autora, baseando-se nos aspectos legais relacionados ao abortamento, esclarece que o caso de Maria do Socorro não se enquadra nas possibilidades em que o abortamento possa ser realizado de forma legal, pois a infecção pelo HIV não constitui risco para a mãe nem para o feto, pois existem maneiras seguras de tratamento e profilaxia da transmissão vertical, cabendo ao Estado promover o controle da doença na pessoa infectada e, conseqüentemente, diminuir a transmissão horizontal e vertical (leia mais em Gestação e HIV, de Felipe Favoretti Campanharo).

As condutas a serem tomadas nas consultas de pré-natal também são apresentadas no tema “Abortamento e Pré-Natal”.

Em relação à transmissão horizontal, o documento “Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV” (BRASIL, 2008) apresenta as recomendações do Ministério da Saúde para a abordagem da reprodução para pessoas que convivem com o HIV e para o uso da terapia antirretroviral para a redução da transmissibilidade, seja na profilaxia pós-exposição ocupacional ao HIV, seja na profilaxia pós-exposição sexual.

Em 2007, o Ministério da Saúde publicou o documento “Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em gestantes” (BRASIL, 2007), descrevendo de uma forma minuciosa todos os cuidados a serem tomados com as gestantes portadoras de HIV.

Cabe ressaltar que todas as gestantes infectadas pelo HIV deverão receber Terapia Antirretroviral (TARV), seja para tratamento materno (mães que apresentam sinais/sintomas da doença), ou para a prevenção da transmissão vertical do HIV.

Cleonice Hirata, no texto de fundamentação teórica HIV e Saúde bucal, aborda as manifestações bucais associadas ao HIV mais frequentes. A lesão de Maria do Socorro, vegetante em palato duro, pediculada, de cor semelhante à mucosa, medindo aproximadamente cinco milímetros, é sugestiva de papiloma vírus, sendo indicada a remoção cirúrgica e a realização do exame histopatológico. O aspecto da língua descrito é sugestivo de candidíase pseudomembranosa, cujas formas de tratamento são abordadas no texto de Hirata. Em relação à mobilidade generalizada dos dentes, é característica da doença periodontal, decor-

rente de uma higiene bucal inadequada, que em pessoas acometidas pelo HIV pode apresentar um quadro exacerbado, de acordo com o apontado pela autora. É importante também considerar que a presença dessas manifestações na cavidade bucal pode estar refletindo o declínio do sistema imunológico e representar os primeiros sinais clínicos da doença.

Apesar de o caso não mostrar os resultados dos exames, a presença de manifestações bucais como a candidíase oral/leucoplasia pilosa, de acordo com o tema *Gestação e HIV*, indica imunodeficiência moderada. Além disso, há outros fatores que podem favorecer a transmissão vertical do HIV, como o seu estado nutricional, a presença de coinfeções (buciais) e ainda não ter iniciado a terapia antirretroviral (TARV). Embora a TARV esteja indicada a partir da 14ª semana para gestantes assintomáticas com linfócitos CD4 > 200, com o intuito de prevenir a transmissão vertical, Maria do Socorro já é sintomática “moderada”, portanto a TARV já deveria ter sido iniciada. Nesse caso, de acordo com Campanharo: “Quando o momento para início tratamento antirretroviral na gravidez é ‘perdido’, o importante é iniciar a TARV o quanto antes”.

Aspecto fundamental para a equipe de saúde da família é saber manejar as situações em que há dificuldade na adesão ao tratamento, como no caso em questão. O autor também ressalta que a adesão à profilaxia antirretroviral é fundamental para a redução do risco de transmissão vertical, além de salientar a importância do vínculo da equipe de profissionais com a gestante para evitar um “fim tão dramático como a transmissão vertical do HIV”.

Embora Dr. Marcelo já houvesse alertado sobre a importância do uso dos medicamentos da TARV, Elza (enfermeira) constatou indícios de que Maria do Socorro não havia aderido ao tratamento.

A adesão ao tratamento se coloca entre os maiores desafios da atenção às pessoas que convivem com HIV/AIDS (BRASIL, 2008). Entre os fatores que podem dificultar a adesão ao tratamento estão: a complexidade do regime terapêutico; a precariedade ou até mesmo a ausência de suporte social afetivo e/ou material/instrumental; habilidades cognitivas insuficientes; não aceitação da soropositividade; depressão e ansiedade; receios sobre os efeitos colaterais da TARV; relação insatisfatória do usuário com a equipe de profissionais; dificuldades de organização para se adequar às exigências do tratamento na rotina diária, entre outros (BRASIL, 2008).

A compreensão dos aspectos envolvidos na falta de adesão de Maria do Socorro ao tratamento é o primeiro passo para o manejo e a superação do problema. É na escuta que os contextos individuais vão se aflorar e poderão ser apropriados pela equipe, permitindo uma abordagem adequada e resolutiva, procurando superar as dificuldades e fortalecer os aspectos que favoreçam a adesão (BRASIL, 2008). No caso de Maria do Socorro, cabe à equipe identificar e trabalhar os aspectos relativos à falta de adesão ao tratamento e procurar, de diferentes formas, sensibilizá-la sobre a importância desse ato para a prevenção da transmissão vertical da doença para seu filho(a).

Cabe aqui destacarmos aspectos do trabalho em equipe realizado pelos profissionais neste caso. Observamos que houve uma marcada mobilização da equipe para o acompanhamento da Maria do Socorro, com uma grande interação entre os vários profissionais desde sua chegada em consulta de demanda espontânea médica, a consulta odontológica, da enfermagem e as visitas domiciliares. A equipe identificou muito bem a situação de risco que garantiu acesso rápido da paciente ao sistema de saúde, função primordial da Atenção Primária. No entanto, não houve tempo ou orientação para uma abordagem mais ampliada e sistêmica. Observamos uma quebra do vínculo habilmente conseguido pela Elza devido uma desarticulação com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. A estratégia do matriciamento prevê que as condutas e decisões sejam compartilhadas e apoio à articulação da rede, o que não aconteceu neste caso, denunciando a fragilidade desta equipe neste sentido, com grande prejuízo para saúde da paciente e provável desestímulo do trabalho da equipe da Estratégia Saúde da Família.

Nabas, autor de *Maus-tratos*, aponta que, no presente caso, o Conselho Tutelar não exerceu de forma contundente o seu papel de articulador das redes de proteção e de apoio, uma vez que a própria Equipe de Saúde da Família, que poderia contribuir de maneira decisiva, não tinha conhecimento prévio dos fatos de uma maneira consistente, de forma a desenvolver ações concretas para o enfrentamento da violência intrafamiliar.

É preciso considerar que as Equipes de Saúde da Família têm um papel importante na abordagem da violência doméstica, uma vez que as atividades realizadas possibilitam estreitar as relações dos serviços com os usuários e a comunidade, facilitando a identificação de famílias de risco, as possíveis redes sociais de apoio disponíveis e a prática interdisciplinar dos profissionais envolvidos no atendimento (MARTINS, 2007).

Em relação à questão dos maus-tratos, o tema de mesmo nome apresenta diferentes formas de violência contra crianças e adolescentes, as possíveis abordagens a serem realizadas pelos profissionais de saúde, os aspectos legais relativos aos maus-tratos envolvendo crianças e adolescentes, o papel dos Conselhos Tutelares, da Vara da Infância e da Juventude e as formas de abordagem da violência doméstica contra crianças e adolescentes nos diferentes níveis de prevenção.

Já em relação à situação do caso da família da Maria, que culminaram com a retirada de duas crianças do convívio familiar, vários aspectos devem ser analisados: a equipe de saúde, que mantém um acompanhamento longitudinal da família, nem sequer sabia desses possíveis maus-tratos; a assistente social do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que suspeitava desse fato, não discutiu de forma aprofundada o caso com a equipe para que pudessem desenvolver ações conjuntas, procurando trabalhar junto à família essa situação de maus-tratos identificada (tendo em vista que a retirada da guarda reserva-se a situações extremas). E, para dificultar ainda mais a situação, o Conselho Tutelar não procurou se articular com as redes de proteção e de apoio, entre elas a equipe de saúde da família, para buscar uma solução menos drástica.

No decorrer do caso, observa-se a preocupação de Maria do Socorro com os filhos em diferentes momentos: primeiro quando declarou “Se eu morrer, quem cuida das crianças?”; segundo quando interrompeu a consulta de enfermagem, pois estava preocupada com o horário de pegar os filhos na escola, que na percepção da enfermeira, “parecia muito preocupada com as crian-

ças”. Tais constatações nos levam a acreditar que Maria do Socorro não era a responsável pelos maus-tratos dirigidos aos filhos.

Em relação ao tabagismo de Maria do Socorro, é preciso considerar os prejuízos desse hábito para o bebê durante a gestação e para os outros filhos que dormem no mesmo quarto do casal, que já apresentam sintomas sugestivos de asma persistente leve, os quais podem estar relacionados ao tabagismo da mãe e o prejuízo à própria saúde de Maria do Socorro, devendo ser devidamente orientada pela equipe sobre a importância da cessação ou, pelo menos, da redução do número de cigarros, uma vez que ela alega não conseguir interromper o hábito e evitar fumar dentro de casa para preservar a saúde dos filhos. Essa orientação terá mais efetividade se for construída sobre uma relação profissional-pessoa de confiança, desde que seja uma decisão negociada e compartilhada com Maria do Socorro, dentro das possibilidades de aderência frente à constelação de problemas vivenciados no momento. É possível encontrar na fundamentação teórica Tabagismo/asma aspectos importantes para abordagem do tabagismo. Em função do primeiro contato, da prática da integralidade e da orientação família, a Atenção Primária é “um recurso estratégico para o enfrentamento dos agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas e as diversas formas de sofrimento psíquico” (BRASIL, s/d), como era a situação de José que, além de portador de HIV/AIDS, é usuário de drogas. Para tanto, precisa muita vez de uma articulação e apoio dos demais níveis de atenção, bem como presença integradora dos profissionais do NASF, na rotina da UBS.

O contexto exposto sugere que Maria do Socorro tinha problemas com o marido, provavelmente com algum ressentimento por ter adquirido HIV/AIDS em decorrência de relacionamentos extraconjugais do companheiro, incomodada também com seu quadro de dependência. Por outro lado, a paciente não refere nenhum parente ou amigo(a) que pudesse ajudá-la (rede de apoio social), além de demonstrar um completo isolamento social: “Ninguém na minha rua gosta de chegar perto da gente por causa da doença e do vício do meu marido”. Assim, a complexidade do caso Maria do Socorro exige além do envolvimento de todos da equipe – incluindo a efetiva participação dos profissionais do NASF – a construção de uma vinculação terapêutica e uma abordagem integral e familiar, de forma a oferecer um apoio mais efetivo à paciente, que passava por um momento muito difícil. Instrumentos como Ecomapa, genograma, elaboração de um projeto terapêutico singular são valiosos neste sentido. Por meio destes instrumentos e metodologias, a equipe consegue se estruturar para o apoio de tal forma a orientar e apoiar a família à busca de benefícios assistenciais, previdenciários e sociais junto a organizações governamentais e não governamentais, tais como: Bolsa Família, creche para as crianças, cesta básica, transporte coletivo, enxoval para o bebê, fontes alternativas de renda, aprendizagem de novas habilidades e ofícios, participação em grupos temáticos para a troca de experiências sobre viver com HIV/AIDS, entre outras ações de apoio e solidariedade desenvolvidas pela sociedade civil. Todas as decisões devem ser pactuadas com Maria do Socorro, para que realmente atendam a seus anseios e necessidades, evitando que a equipe se frustre pela falta de interesse da protagonista do caso em relação ao benefício.

As consultas descritas, em que Maria do Socorro expôs suas angústias, medos, aflições e amarguras, demonstraram que os profissionais valorizaram a queixa e incentivaram a paciente a falar de seus sentimentos e necessidades, tal como é preconizado no Método Clínico Centrado na Pessoa. “A capacidade de escuta, sem julgamentos e imposição de valores, a capacidade de lidar com conflitos, a valorização das queixas e a identificação das necessidades são pontos básicos do acolhimento que poderão incentivar as mulheres a falarem de seus sentimentos e necessidades” (BRASIL, 2010, p. 24). O tema Acolhimento, de Anelise Abrahão, traz uma reflexão sobre a importância dessa “postura acolhedora” nos serviços de saúde.

Por fim, o caso também nos permite refletir sobre a atuação das ESF no controle da mortalidade infantil. Em relação à cobertura de pré-natal, os dados apresentados pela equipe Amarela de Ilha das Flores indicam um número de gestantes cadastradas no SisPreNatal muito baixo em relação à população cadastrada (25 gestantes no ano anterior em uma população de 5.250 pessoas cadastradas). Isso provavelmente é decorrente da falta de registro da condição de gestante no SisPreNatal, conforme relatado no caso: “As fichas B dos ACS estão desatualizadas e não há controle de presença em pré-natal”.

Dados do SIAB (BRASIL, 2009) apontam que, no Brasil todo, 77,1% das gestantes cadastradas na Estratégia Saúde da Família iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, e o que se observa na equipe Amarela de Ilha das Flores é que apenas 44% (11) das gestantes que tinham registro no SIAB de sua condição de gestante iniciaram o pré-natal no 1º trimestre. Em relação à proporção de gestantes com seis consultas ou mais em Ilha das Flores, esta também pode ser considerada baixa (65%), pois dados do estado de São Paulo (BRASIL, 2009) apontam que 76,2% dos nascidos vivos eram de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal. Observa-se aqui a importância dos Sistemas de Informação em Saúde para a consolidação da Atenção à Saúde.

Para que se tenha uma ideia melhor da proporção de gestantes que realmente estão tendo o acompanhamento devido no pré-natal, o indicador proposto pelo Ministério da Saúde no Pacto Pela Saúde (“Metas para o biênio 2010-2011”) é a porcentagem de nascidos vivos cujas mães realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, sendo utilizado para a base deste cálculo o Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos – SINASC, esperando-se um resultado igual ou superior a 65,28% para o ano de 2011. Se compararmos os dados de Ilha das Flores com a meta proposta pelo Ministério, pode parecer que não se apresenta tão discrepante, porém é necessário considerar que, no caso Ilha das Flores, a base de cálculo utilizada é o número de gestantes cadastradas no SIAB, e não o número de nascidos vivos. As gestantes que não foram cadastradas no SIAB não aparecem neste cálculo. Assim, além da equipe estar alerta para o correto preenchimento das fichas do SIAB, para uma confiabilidade das informações acima por exemplo, é importante um comprometimento com as iniciativas locais para enfrentamento da mortalidade infantil, como foi descrito no caso. Notamos que a enfermeira Elza, muita atenta aos riscos para mortalidade materno-infantil, não só se esforçou para o melhor atendimento à Maria do Socorro quanto se preocupou em passar informações relevantes para outra UBS, entendendo que o atuação do profissional na rede de saúde não se restringe muitas vezes ao seu território de abrangência.

Conclui-se que a complexidade do caso de Maria do Socorro exige ação interdisciplinar da equipe de saúde, incluindo-se os

profissionais do NASF, com comunicação permanente entre seus membros e com os serviços de referência (BRASIL, 2008) e o desenvolvimento de ações intersetoriais para o apoio social que o caso exige, buscando a integralidade da atenção a esta família.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série E. Legislação de Saúde; Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Manuais n. 84).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de informação da atenção básica – SIAB: indicadores 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. 2. ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 4).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas / Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental/ Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde, s/d. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2012.

MARTINS, N. R. O. **Deteção da violência familiar contra a criança na população adscrita ao PSF**. Rio de Janeiro, 2007. Dissertação (Mestrado em: Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá.

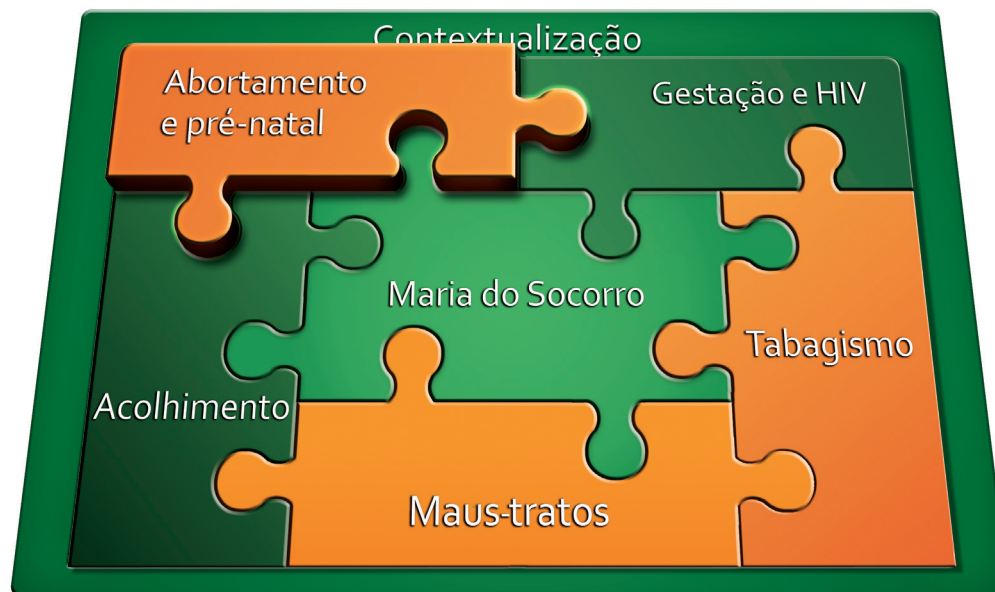
Bibliografia consultada

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.

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 quantos 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.

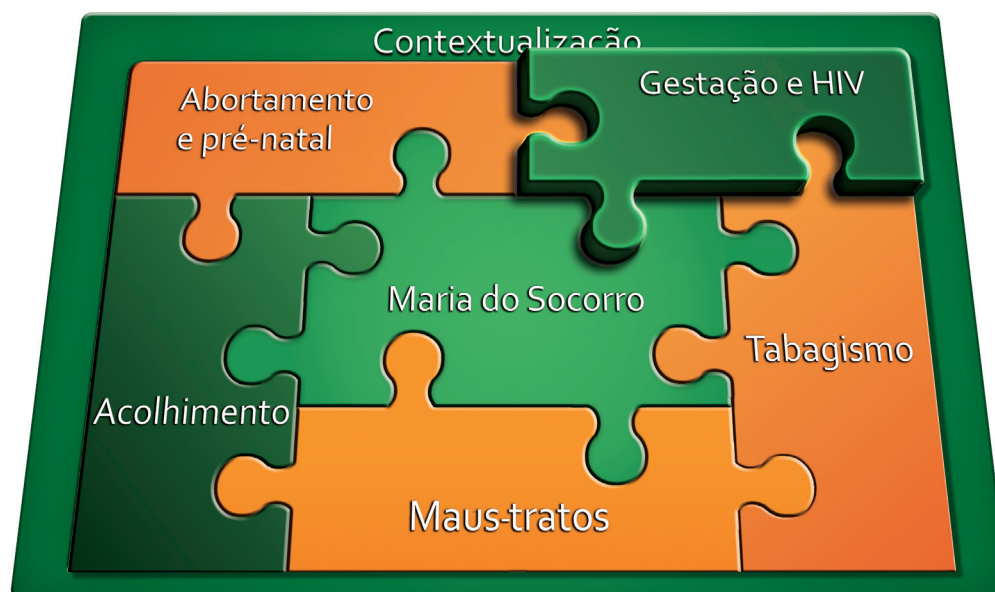
Referências

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 soroconcordantes (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 cuidar-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 alguns 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 tomava.”

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.

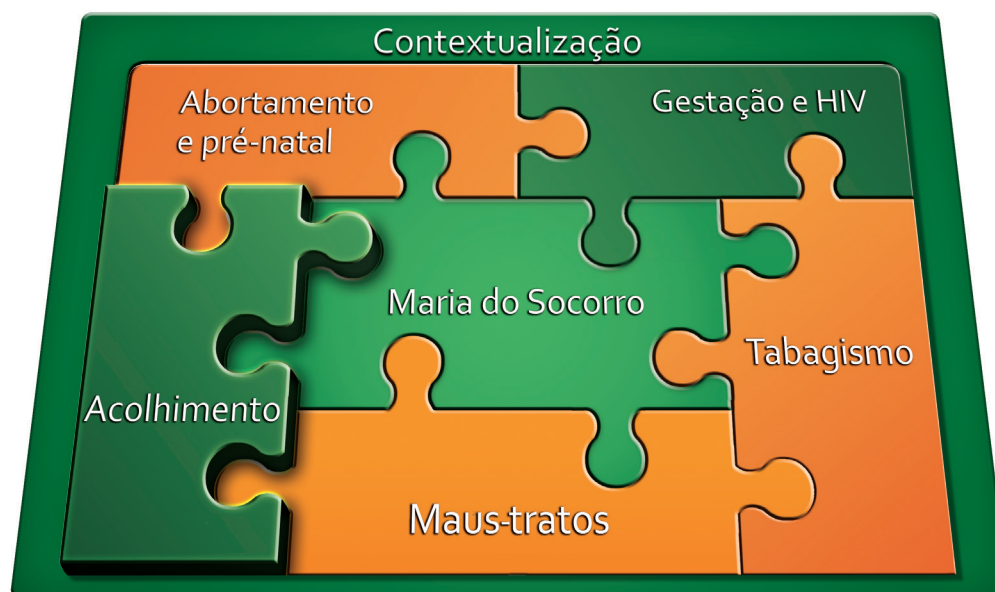
A fim de melhorar a adesão, devemos lançar mão de estratégias, como utilizar lembretes para tomada dos medicamentos, elaborar escala diária dos medicamentos, definindo horários ou atividades relacionadas com as tomadas, manter a paciente bem informada e esclarecer suas dúvidas em todas as consultas.

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.

I 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 tra-

balho e gestão dos serviços, sendo um recurso importante para favorecer a humanização dos serviços de saúde e, consequentemente, 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

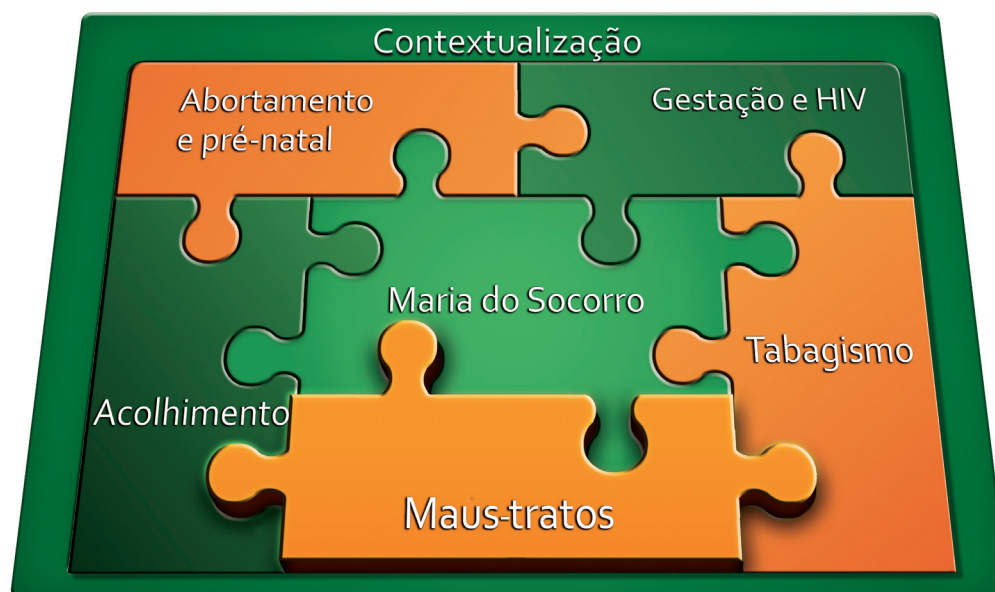
NEVES, C. A. B.; ROLLO, A. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 2ª ed. Brasília, DF, 2006.

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).

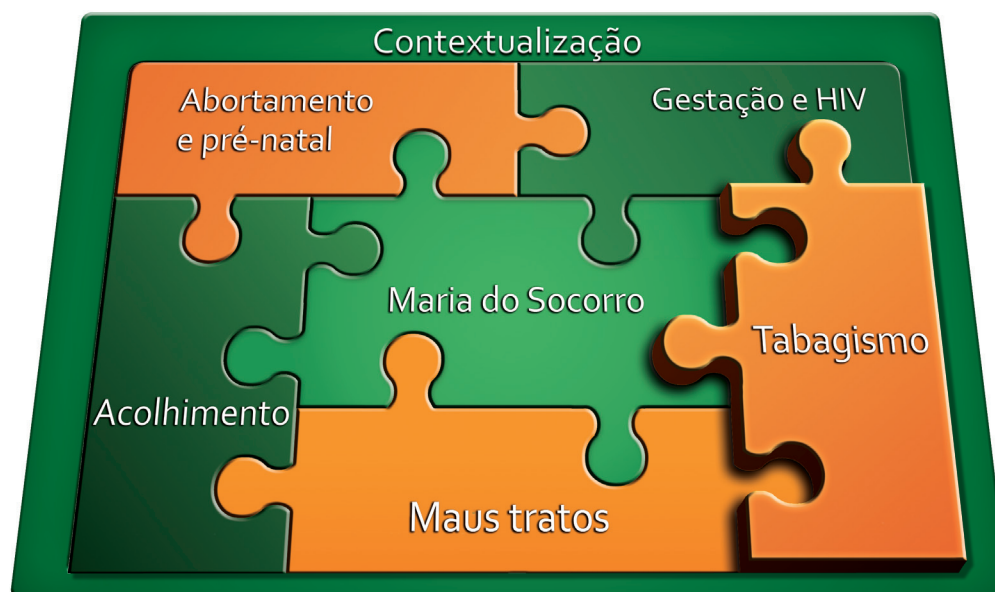
Em nosso meio, o Conselho Tutelar caracteriza-se como um órgão da rede de apoio institucional às crianças e famílias em risco psicossocial. Ele deve funcionar como o grande articulador dessa rede de apoio, cujas decisões e articulações estabelecidas podem influenciar a resposta à situação de vulnerabilidade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