

ROSANGELA DE SOUZA DOURADO DE LOIOLA
SILVANIRA DA SILVA LEONCIO

RECURSOS DA COMUNIDADE DISPONÍVEIS NO ATENDIMENTO DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Educação Especial, área de Deficiência Mental, do Departamento de Teoria e Fundamentos da Educação, do Setor de Educação da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Especialista em Educação Especial.

CURITIBA
1991

À memória de minha mãe Ízabel,
que sempre incentivou-me ao
estudo.

À minha irmã Carmen, meu esposo
Aroldo e filhas Heloneida e
Heloísa pelo incentivo e apoio
na elaboração deste trabalho.

SILVANIRA

Ao meu filho Gabriel, pelo
constante carinho, apoio e
compresão dedicado a mim, na
elaboração deste trabalho.

ROSANGELA

AGRADECIMENTOS

A professora Maria Augusta Bolsanelo, pela forma segura, incentivadora e esclarecedora com que nos orientou, possibilitando a realização deste trabalho.

A coordenação do Curso de Pós-Graduação, professores e técnicos que por meio de seus ensinamentos e experiências profissionais contribuíram para o enriquecimento desta pesquisa.

Aos colegas de trabalho, pela colaboração e apoio dado em todos os momentos.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

1	SUPORTE BÁSICO DE PESQUISA	1
1.1	Justificativa	1
1.2	Formulação do Problema	2
1.3	Delimitação do Problema	2
1.4	Objetivos	2
1.5	Definição de Termos	3
2	SUPORTE TEÓRICO DE PESQUISA	5
2.1	Caracterização da Gestação de Alto Risco	5
2.2	Conceito	5
2.3	Principais Fatores Relacionados com a Gestação de Alto Risco	6
2.3.1	Idade/Paridade/Intervalo Gestacional	6
2.3.2	Placenta Prévia	9
2.3.2.1	Incidência	9
2.3.2.2	Causas	9
2.3.2.3	Sintomas	10
2.3.2.4	Diagnóstico	10
2.3.2.5	Conseqüências	10
2.3.2.6	Tratamento	11

2.3.3	Deslocamento Prematura da Placenta	12
2.3.3.1	Definição	12
2.3.3.2	Incidência	12
2.3.3.3	Causas	12
2.3.3.4	Sintomas	12
2.3.3.5	Conseqüências	13
2.3.3.6	Tratamento	14
2.3.3.7	Prevenção	14
2.3.4	Toxemia Gravídica	14
2.3.4.1	Sintomatologia	15
2.3.4.2	Incidência	16
2.3.4.3	Prognóstico	17
2.3.4.4	Tratamento	18
2.3.4.5	Prevenção	18
2.3.5	Incompatibilidade Rh Materno-Fetal	18
2.3.5.1	Conseqüências para o Feto	19
2.3.5.2	Tratamento	19
2.3.5.3	Prevenção	19
2.3.6	Toxoplasmose	20
2.3.6.1	Modos de Transmissão	20
2.3.6.2	Sintomas	20
2.3.6.3	Tratamento	22
2.3.6.4	Prevenção	23
2.3.7	Rubéola	23

2.3.7.1	Prevenção	25
2.3.8	Sífilis	26
2.3.8.1	Sinais e Sintomas	26
2.3.8.2	Conseqüências	27
2.3.8.3	Tratamento e Diagnóstico	28
2.3.8.4	Prevenção	29
2.3.8.5	Tratamento	29
2.3.9	Diabetes Mellitus	30
2.3.9.1	Definição	30
2.3.9.2	Causas	30
2.3.9.3	Diagnóstico	31
2.3.9.4	Sintomas	31
2.3.9.5	Tratamento	32
2.3.9.6	Conseqüências do Diabetes na Gestação	32
2.3.9.7	Prevenção	35
2.3.10	Medicamentos na Gravidez	35
2.3.10.1	Medidas Preventivas	38
2.3.11	Álcool e Gravidez	38
2.3.12	Tabagismo e Gravidez	39
2.3.12.1	Prevenção	40
2.3.13	Desnutrição Materna e Infantil	41
2.3.13.1	Prevenção	43
2.3.14	Condições Econômicas e Sociais Desfavoráveis .	43
2.4	A Importância da Assistência Pré-Natal na Prevenção e no Controle da Gestação de Alto Risco	45

2.4.1	Objetivos da Assistência Pré-Natal	45
2.4.2	Organização da Assistência Pré-Natal	47
3.	METODOLOGIA	52
4.	RECURSOS DA COMUNIDADE DE CURITIBA DISPONÍVEIS NO ATENDIMENTO DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	54
4.1	Secretaria Municipal de Saúde	54
4.1.2	Funcionamento do Programa	55
4.1.3	Encaminhamento	56
4.1.4	Atendimento ao Bebê Alto Risco	56
4.2	Hospital de Clínicas	57
4.2.1	Tipo de Atendimento à Gestante	57
4.2.2	Clientela	57
4.2.3	Tipo de Assistência Pré-Natal Prestada	57
4.2.4	Atendimento ao Bebê Advindo da Gestaçãõ de Alto Risco	57
4.3	Hospital Evangélico	58
4.3.1	Tipo de Atendimento	58
4.3.2	Clientela	58
4.3.3	Tipo de Assistência Pré-Natal Prestada	58
4.3.4	Atendimento ao Bebê Advindo da Gestaçãõ de Alto Risco	59
4.4	Hospital Nossa Senhora das Graças	59
4.4.1	Tipo de Atendimento	59
4.4.2	Clientela	60

4.4.3	Tipo de Assistência Pré-Natal Prestada	60
4.4.4	Atendimento ao Bebê Advindo da Gestação de Alto Risco	60
5	CONCLUSÕES E SUGESTÕES	62
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

1 SUPORTE BÁSICO DE PESQUISA

1.1 Justificativa

Apesar da gestação ser um fenômeno fisiológico e não patológico, pode apresentar riscos devido a fatores maternos e/ou fetais.

As precárias condições de assistência à gestante como também as condições biológicas, sócio-econômicas e educacionais desfavoráveis, refletem-se nos elevados coeficientes de mortalidade e morbidade materno-infantil.

A vigilância durante toda a gestação para assegurar o reconhecimento e o tratamento precoce das condições anormais não pode deixar de ser insistentemente recomendada, na prevenção da morte ou da deficiência do concepto.

Por outro lado, uma vez que no Brasil a população reprodutiva é significativa e por detectar-se nos Centros de Atendimentos Especializados em Educação Especial, a existência de crianças portadoras de deficiências decorrentes de gestação de alto risco, torna-se clara a necessidade de uma maior atuação neste segmento da população, a nível preventivo, justificando-se a necessidade de se estudar e analisar com mais profundidade o assunto, como também levantar os recursos

comunitários disponíveis no encaminhamento e atendimento pré e pós-natal materno-infantil.

1.2 Formulação do Problema

O que caracteriza uma gestação de alto risco e quais os recursos da comunidade de Curitiba disponíveis no atendimento desta gestação?

1.3 Delimitação do Problema

Este estudo pretende caracterizar a gestação de alto risco e levantar os recursos da comunidade de Curitiba disponíveis no atendimento desta gestação.

1.4 Objetivos

1.4.1 - Caracterizar a gestação de alto risco, levantando as principais complicações da mesma que podem determinar a deficiência na criança.

1.4.2 - Levantar os recursos comunitários de Curitiba

disponíveis no atendimento da gestação de alto risco, bem como ao bebê advindo desta gestação.

1.4.3 - Fornecer subsídios aos profissionais interessados no assunto, sobre as principais formas de prevenção ou controle da gestação de alto risco e conseqüente prevenção da deficiência na criança.

1.5 Definição de Termos

Bebê de Alto Risco

Criança que tem risco de morte ou deficiência, advindo de complicação da gestação e/ou do parto.

Deficiência

Condição do indivíduo que apresenta distúrbios em seu desenvolvimento, seja nas áreas física, sensorial ou mental, requerendo serviços médicos e práticas educacionais especiais a fim de desenvolver a sua potencialidade máxima.

Gestante

Condição da mulher que abriga, no seu útero, embrião ou feto.

Morbidade

Comprometimento do estado de saúde passível de

ocorrência de deficiência.

Risco

Probabilidade aumentada de ocorrência de um resultado desfavorável, de um dano ou de um fenômeno indesejado (OMS, 1972).

2 SUPORTE TEÓRICO DE PESQUISA

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

O grande objetivo da Obstetrícia e da Pediatria é alcançar o máximo de qualidade de vida fetal, neonatal e infantil com vistas a garantir a cada indivíduo que nasce "completo bem-estar físico, mental e social".

A vida não começa com o nascimento, mas com a gestação, e a saúde do feto e do bebê dependem essencialmente da saúde da mãe.

Contudo, a associação existente entre os fatores idade materna, paridade, intervalo gestacional, história obstétrica e condições sociais e educacionais podem comprometer as gestações das mulheres mais vulneráveis da população, gerando a expressão médico-sanitarista de "gestação de alto risco" (também conhecida por risco gravídico, mulheres de alto risco, feto de risco).

2.2 CONCEITO

O conceito de gestação de alto risco tem atraído cada

vez mais a atenção dos especialistas responsáveis pela saúde materno-infantil, sobretudo no que se refere aos aspectos preventivos.

ALMEIDA et al. (1975) entendem por gestação de alto risco, aquela que oportuniza a ocorrência de agravos físicos, psíquicos e sociais na gestante ou no feto.

Para MONTENEGRO (1987), o conceito de gestação de alto risco está intimamente associado ao risco fetal, conquanto possa, lato sensu, estender-se ao prognóstico materno.

Segundo PINOTTI et al. (1974), a gestação de alto risco é aquela na qual o feto tem grande chance de morte, antes ou depois do parto ou de apresentar seqüelas tardias.

De acordo com estes autores, o problema das seqüelas tardias é de fundamental importância, pois o objetivo do processo gestacional não deve ser apenas o de obter um conceito vivo mas um conceito que possa se desenvolver livremente e sem seqüelas em todo o seu potencial.

2.3 Principais Fatores Relacionados com a Gestação de Alto Risco

2.3.1 - Idade/Paridade/Intervalo Gestacional

Quanto à idade materna, CABRERA (1975) demonstrou em

estudos efetuados no Chile, que a taxa de mortalidade e morbidade infantil é consideravelmente maior entre mães com menos de 20 anos e mais de 40 anos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência corresponde ao período de vida entre os 10 e os 19 anos, subdivididos em dois sub-períodos: de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos. A O.M.S. definiu essas idades baseadas em critérios fisiológicos, psíquicos e sociais.

Estudos realizados por PUFFER e SERRANO (1975), feitos no Brasil, Argentina, Canadá e Estados Unidos, demonstraram que a mortalidade e morbidade neonatal (durante o 1º mês de vida) e a mortalidade infantil (durante o 1º ano de vida) são mais altas entre mães com menos de 20 anos, mesmo entre populações de alto nível social.

Em São Paulo, CASTRO (1979) e outros pesquisadores mostraram a incidência de 65,1 mortes por mil crianças nascidas vivas entre mães de todas as idades e de 104,1 por mil entre mães com menos de 20 anos.

A conceituação da idade materna avançada é variável na literatura. CAPPA (1984), coloca como sendo 35 anos ou mais. Em nosso meio, em função das condições demográficas e do tipo de comportamento reprodutivo da mulher brasileira, acredita-se ser esse limite o mais apropriado.

Segundo CASPI e LIFSHITZ (1979) e ROOPNARINNESINGH e

ROOPNARINESINGH (1980), a mortalidade e morbidade perinatal, em pacientes com 40 anos ou mais, é o triplo da encontrada para todas as idades, sendo as causas principais responsáveis: os estados hipertensivos, ou malformação congênita, a prematuridade e pela associação com várias intercorrências adversas.

LAURENTI BUCHALLA (1985), analisando dados de nove maternidade brasileiras, verificaram que a mortalidade perinatal em mulheres com 40 anos ou mais foi de 59,6%, comparadas com 32,2% para mulheres entre 20 e 29 anos.

CUNHA (1978), no estudo de 400 gestantes de alto risco, verificaram que as mulheres mais pobres iniciam a reprodução mais cedo e terminam mais tarde. O risco é comprovadamente maior tanto nas gestações precoces quanto nas tardias, pois o estado biológico é menos favorável nestas mulheres.

DUARTE et al. observaram também, em seus estudos, ocorrência significativa de múltiparas jovens e grandes múltiparas idosas.

Na opinião de SAI (1979), as gestações sucessivas e a curto intervalo suprimem a possibilidade de amamentação prolongada. A multiparidade, sem o espaçamento mínimo de dois anos entre os partos, se constitui numa verdadeira condenação à deficiência ou à morte para milhões de crianças.

Na prevenção das gestações em mães adolescentes e mães de 40 anos ou mais, além da multiparidade e de intervalos

gestacionais curtos, é necessário se realizar um planejamento familiar consciente, tendo garantido o acesso às informações de como proceder à contracepção, bem como se proceder a uma orientação sexual efetiva para adolescentes.

2.3.2 - Placenta Prévia

Segundo REZENDE (1982), placenta prévia (PP) é uma doença acidental da gestação, ocasionada quando a placenta se localiza na parte inferior do útero, entre o feto e a abertura do colo do útero. A placenta se implanta sobre o orifício interno do colo uterino, de maneira lateral, marginal, parcial ou total, e não no alto da parede, que é a posição normal.

Quando se inicia o trabalho de parto, a porção inferior do útero se adelgaça, a abertura do colo aumenta e ocorre a separação da placenta da parede do colo uterino, ocasionando grave hemorragia.

2.3.2.1 - Incidência

Ocorre em média um caso em cada oitocentos partos.

2.3.2.2 - Causas (REZENDE, 1982)

- Endometrite (inflamação do endométrio).

- Peristaltismo exagerado das trompas.
- Gestante idosa.
- Gestações muito seguidas.
- Primiparidade idosa.

2.3.2.3 - Sintomas

a) Sinais precursoros:

- sensação de peso ou pressão no hipogástrico;
- micção freqüente;
- sensação de má posição do feto.

b) Sinais eminentes:

- hemorragia indolor no último trimestre de gestação, sem causa aparente, variando de um simples corrimento a um fluxo violento.

2.3.2.4 - Diagnóstico

O diagnóstico mais seguro é feito através de ultrassonografia, a qual conforme REZENDE (1982), tem 94% de fidelidade.

2.3.2.5 - Consequências

a) Materna:

- no início da gestação: aborto ou ameaças de aborto;
- a partir do 6º mês de gestação: hemorragias, choques,

embolia amniótica, morte em 1 a 19% dos casos.

b) Fetais:

- insuficiência placentária: prematuridade, anoxia in útero, oligoemia, hipoglicemia, anemia;
- traumatismo obstétrico.

Estas conseqüências, tanto materno como fetais, podem acarretar prejuízos irreversíveis no desenvolvimento físico e mental da criança.

2.3.2.6 - Tratamento

Segundo ROTHENBERG (1971) e REZENDE (1982):

a) A partir do 3º trimestre de gestação:

- internamento e repouso;
- transfusões sangüíneas;
- se o feto for imaturo e o sangramento não for excessivo, vigilância e repouso;
- se o feto estiver maduro, pode ser tentado o parto vaginal em caso de placenta prévia parcial, mas a melhor conduta é a cesariana (60 a 80% dos casos).

b) Após o parto ou cesariana:

- cuidados maternos: transfusão, prevenção de choque, histerectomia em caso de hemorragias incontroláveis.

2.3.3 - Deslocamento Prematuro da Placenta

2.3.3.1 - Definição

O Descolamento Prematuro da Placenta (DPP) consiste no descolamento antecipado da placenta da parede uterina, após a 20ª semana de gestação, geralmente durante o trabalho de parto (PEIXOTO, 1981).

2.3.3.2 - Incidência

Ocorre cerca de um caso em cada quinhentas gestações.

2.3.3.3 - Causas

- Traumas físicos (batida, choque, queda).
- Hipertensão (pressão alta).
- Fator idade (mulheres com mais de 35 anos).
- Multiparidade.
- Antecedente obstétrico (aborto ou DPP nas gestações anteriores).
- Presença de substâncias tóxicas no organismo.

2.3.3.4 - Sintomas (REZENDE, 1982)

- Sangramento vaginal (apesar de nem sempre ocorrer hemorragia externa).

- Dor e sensibilidade no exame de toque uterino (principalmente no final da gravidez).
- Útero muito rígido e duro no exame abdominal.
- Ausência de batimentos cardíacos do feto.
- Intoxicação do sangue (toxemia).
- Náuseas, vômitos e desmaios.

2.3.3.5 - Conseqüências (ROTHENBERG, 1971)

a) Maternas:

- aborto;
- parto prematuro;
- problemas sangüíneos (podendo haver dificuldade de coagulação do sangue).

b) Fetais:

- comprometimento mental (paralisia cerebral);
- sofrimento feral: hemorragias no cérebro;
 - hipoxia (diminuição do oxigênio no cérebro);
 - anoxia (ausência de oxigênio no cérebro);
- síndrome da membrana hialina;
- prematuridade;
- BPN (baixo peso ao nascer);
- morte do feto.

2.3.3.6 - Tratamento (REZENDE, 1982; ROTHENBERG, 1979)

a) Medicamentos.

b) Curativo.

c) Obstétrico:

- interrupção da gravidez por indução ou cesariana;
- histerectomia do colo do útero.

2.3.3.7 - Prevenção

- Acompanhamento pré natal.
- Controle da pressão arterial.
- Controle do peso, (dieta alimentar equilibrada, sem muita gordura para evitar a formação de substâncias tóxicas).

2.3.4 - Toxemia Gravídica

Surgindo, em geral, na segunda metade da gestação e mais freqüentemente, no terceiro trimestre, a toxemia gravídica caracteriza-se pelo aparecimento de hipertensão, edema e proteinúria.

O elemento básico que desencadeia o processo é a elevação da pressão arterial para além de 140x90 mmHg.

Segundo MARTEL et al. (1987), deve ser considerada

portadora de hipertensão a paciente cujos níveis tensionais, sistólico e diastólico, atingirem respectivamente 140x90 mmHg.

2.3.4.1 - Sintomatologia

A toxemia gravídica é caracterizada pela tríade sintomática: hipertensão, edema e proteinúria. O aparecimento dessas manifestações ou o agravamento do quadro hipertensivo, após 20 semanas de gestação, sugere obrigatoriamente a suspeita desta doença.

No desenvolvimento vão surgindo progressivamente sintomas relacionados a perturbações cerebrais, visuais, gastrintestinais e renais.

DIEKMANN (1952), classifica a toxemia gravídica em pré-eclâmpsia, eclâmpsia eminente e eclâmpsia, cujos principais sintomas são:

Grupo A

PRÉ-ECLAMPSIA

HIPERTENSÃO-EDEMA-PROTEINURIA

	Manifestações Cerebrais	Manifestações Visuais	Manifestações Gastrintesti- nais	Manifestações Renais

Grupo B

ECLÂMPSIA IMINENTE	Cefaléia Vertigens Sonolência Obnubilação	Diplopia Escotoma Turvação Vi- sual Amaurose	Náusea Vômitos Dor epigás- trica	Oligúria Cilindrúria
-----------------------	--	--	---	-------------------------

Grupo C

ECLÂMPسيا	Convulsões Coma Alterações respiratórias Taquicardia Hipertermia	Icterícia	Oliguria Anuria Hematuria
-----------	--	-----------	---------------------------------

O aparecimento de estado de coma ou crise convulsiva seguida de coma, constitui a forma clínica rotulada, respectivamente, de eclâmpsia sem convulsão e eclâmpsia convulsiva.

A eclâmpsia sem convulsão é forma clínica rara e grave. É o coma de intensidade variável; quando evolui para o óbito, a necrópsia identifica extensas lesões hepáticas que o relacionam ao coma das graves intoxicações.

De todas as formas clínicas da toxemia gravídica, a mais violenta e importante é a eclâmpsia convulsiva que se caracteriza pelo aparecimento da crise convulsiva, com a elevação insólita da pressão arterial.

A eclâmpsia pode se desencadear na gestação, durante o parto e no puerpério. No último caso, quando ocorre até 72 horas após a parto, é chamada de eclâmpsia tardia.

2.3.4.2 - Incidência

Segundo NEME e MATHIAS (1982), dois fatos justificam o grande interesse da toxemia na gravidez: do primeiro se ligar à

incidência relativamente grande; e o segundo, ao elevado óbito materno e fetal. Incidindo em cerca de 10% das gestantes, a toxemia se constitui numa das três complicações clássicas do ciclo grávido-puerperal (infecção, hemorragia e toxemia), sendo que em muitos países chega a representar a primeira ou a segunda causa de morte materna. Colocam também os autores acima citados, que a gestação hipertensiva representou de 1949 a 1970, 38,1% das mortes maternas na Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da USP.

De acordo com NEME e MATHIAS (1982), a gravidade torna-se ainda maior quando são apreciados os efeitos sobre o concepto, oscilando o obituário perinatal de 5 a 40%.

2.3.4.3 - Prognóstico

a) Prognóstico imediato do concepto

O prognóstico fetal é quase sempre grave.

No decurso da pré-eclâmpsia, as alterações que ocorrem causam hipoxia, redução substancial do fluxo sanguíneo e diminuição do oxigênio no sangue fetal.

Pode ocorrer parto prematuro e redução de sobrevivência do recém-nascido.

b) Prognóstico tardio

Não têm sido encontradas lesões características de toxemia gravídica no organismo do feto.

NEUGARTEN e BUND (1976), em seus estudos não notaram qualquer alteração tardia que pudesse ser relacionada à moléstia materna.

NEME e MATHIAS (1982) também confirmaram esses dados, mas afirmam que a questão continua em litígio, pois existem outras observações que os contrariam.

2.3.4.4 - Tratamento

Tendo em vista a gravidade do prognóstico materno e fetal, é muito importante a utilização das medidas capazes de reduzir sua incidência, e, no caso de ocorrer pré-eclâmpsia, utilizar as medidas terapêuticas específicas que irão impedir o seu desfecho em convulsão ou coma.

2.3.4.5 - Prevenção

Acompanhamento pré-natal.

2.3.5 - Incompatibilidade Rh Materno-Fetal

A incompatibilidade sangüínea materno-fetal, devido ao fator Rh, se dá quando a mãe é Rh negativo e o concepto é Rh positivo. Um pouco do fator Rh positivo do sangue do bebê entra na circulação sangüínea da mãe e produz anticorpos anti-

Rh. Esses anticorpos entrarão mais tarde na circulação do bebê e destruirão seus glóbulos sangüíneos. Dessa destruição resulta a doença hemolítica do recém-nascido, também conhecida por Eritoblastose Fetal, que se caracteriza, segundo CONN (1967), por icterícia e anemia.

2.3.5.1 - Conseqüências para o feto

A criança com Eritoblastose Fetal pode morrer em poucos dias ou então ficar com lesão permanente em determinadas áreas do cérebro, podendo apresentar espasticidade muscular, retardo mental, convulsões e paralisia cerebral.

2.3.5.2 - Tratamento

- Indução prematura do parto.
- Transfusão sangüínea intra-uterina.
- Exsanguinotransfusão logo após o nascimento.

2.3.5.3 - Prevenção

Habitualmente o filho primogênito não é atingido pela Eritoblastose Fetal. Assim, com a administração à mãe de imunoglobinas anti-Rh (Rhogam) dentro de 72 horas após cada parto, aborto ou transfusão sangüínea, pode-se dessensibilizar uma mulher portadora de Rh negativo contra o fator Rh positivo do concepto, livrando-o da doença.

2.3.6 - Toxoplasmose

A toxoplasmose é uma infecção causada pelo protozoário *Toxoplasma Gondü*. É de distribuição mundial, podendo ser congênita ou adquirida.

Toxoplasmose é uma doença importante não só pela sua freqüência, que é elevada, mas também devido as suas manifestações clínicas.

2.3.6.1 - Modos de Transmissão

- a) Pela ingestão de carne mal cozida, verduras ou frutas contaminadas;
- b) contato com excrementos fecais de gatos infectados.

2.3.6.2 - Sintomas

- a) Toxoplasmose adquirida

A toxoplasmose adquirida é muito freqüente e geralmente não se exprime em sinais clínicos. Geralmente não é diagnosticada, confundida com gripe ou estado infeccioso atípico.

Pode se manifestar em quadro febril, dor de cabeça, dores musculares e uma intensa falta de ânimo.

É freqüente o aparecimento de gânglios e esplenomegalia (aumento do baço). Pode surgir, em alguns casos, exantema

(vermelhidão na pele).

b) Toxoplasmose congênita

A toxoplasmose congênita foi descrita pela primeira vez em 1939 e de lá para cá tem sido bastante conhecida e estudada desde que no concepto provoca numerosas e graves lesões nervosas e oftalmológicas.

Segundo REZENDE e MONTENEGRO (1987), as principais alterações congênitas da toxoplasmose são:

- Coriorretinite;
- Esplenomegalia;
- Hepatomegalia;
- Linfadenopatia;
- Calcificações cerebrais;
- Hidrocefalia;
- Microcefalia.

De acordo com os autores citados, quando a doença não é fatal para o neonato, o mesmo pode apresentar seqüelas tardias como retardamento mental, convulsões, espasticidade e defeitos visuais.

PEIXOTO (1981) cita EICHENWALD, que relata as seqüelas de toxoplasmose congênita em 105 doentes seguidos por 4 ou mais anos (em porcentagem):

CONDIÇÃO	DOENÇA NEUROLÓGICA (70 DOENTES)	DOENÇA GENERALIZADA (31 DOENTES)	DOENÇA SUBCLÍNICA (4 DOENTES)
Retardo mental	89	81	50
Convulsões	83	77	50
Espasticidade e paralisias	76	58	0
Déficit visual grave	69	42	0
Hidrocefalia ou microcefalia	44	6	0
Surdez	17	10	0
Normal	9	16	50

O risco fetal existe quando a mãe adquire toxoplasmose aguda durante a gravidez ou imediatamente antes da concepção. Há considerável insegurança no estabelecimento exato do significado desse tempo, não havendo uma definição exata da extensão desse período de risco.

Na prática, admite-se que enquanto houver evidências clínicas, parasitológicas ou sorológicas de atividade da doença, há a possibilidade de infecção placentária e fetal.

Por isso o diagnóstico é importante, para que o tratamento possa ser rapidamente instituído, evitando-se assim os casos de danos fetais.

2.3.6.3 - Tratamento

É feito principalmente com a associação de pirimetamina

e sulfonamidas, sendo os dois desaconselháveis à gestantes devido aos efeitos letais e teratogênicos ao feto.

Infelizmente, o tratamento da toxoplasmose, seja na forma adquirida do adulto seja na congênita, não tem resultados brilhantes. O tratamento não elimina as formas encistadas, porém é benéfico na erradicação das formas proliferativas do toxoplasma gondü.

2.3.6.4 - Prevenção

A gestante, como salientam REZENDE e MONTENEGRO (1987), deve tomar medidas profiláticas como: não ingerir carnes mal cozidas, verduras cruas, frutas com casca e evitar completamente o contato com gatos.

2.3.7 - Rubéola

A rubéola consiste numa infecção extremamente contagiosa, produzida por vírus, com sintomas semelhantes aos do sarampo. Há formação de manchas vermelhas pelo corpo, acompanhadas de febre, dor de cabeça, catarro, irritação dos olhos e, freqüentemente, de ínguas no pescoço e na nuca.

Embora considerada benigna na forma adquirida, na forma congênita pode culminar em abortamento ou em graves defeitos estruturais e funcionais no feto, determinando a Síndrome da

Rubéola Congênita.

HUTZLER (1973), afirma que perto de 20% das mulheres em idade de procriar não tem imunidade contra o vírus da rubéola. Em decorrência, aumenta a possibilidade de muitas mulheres adquirirem a virose no 1º trimestre de gravidez, sendo que esses fetos poderão apresentar lesões desde leves até muito graves da Síndrome da Rubéola Congênita.

As conseqüências da Rubéola Congênita, segundo ALFORD (1976) e FELDMAN (1973), são as seguintes:

TRIMESTRE DE GESTAÇÃO, DATA INFECÇÃO	LESÕES	FREQUÊNCIA
PRIMEIRO (O maior risco existe quando a infecção materna ocorre nas primeiras oito semanas de gestação)	Abortamento espontâneo	Até 33%
	Infecções fetais	50% a 90%
	Baixo peso ao nascimento	50% a 75%
	Crescimento lento	25% a 50%
	Catarata	25 a 50%
	Glaucoma	raro
	Retinopatia	25% a 50%
	Córnea opacificada	rara
	Microftalmia	menos que 25%
	Hipoplasia da artéria pulmonar	50% a 75%
	Persistência do canal arterial	25% a 50%
	Coartação do ístmo aórtico	menos que 25%
	Defeito septal intraventricular	raro
	Defeito septal interatrial	raro
	Trombocitopenia c/ou s/púrpura	25% a 50%
	Anemia hemolítica	rara
	Hepatoesplenomegalia	50% a 75%
	Hepatite	25% a 50%
	Lesões radiolúcidas de ossos longos	rara
	Encefalite (ativa)	rara
Microcefalia	menos que 25%	
Calcificação craniana	25% a 50%	
Fontanela abaulada	rara	
Defeitos auditivos (graves)		

Estenose da artéria renal com hipertensão sistêmica 25% a 50%
 Pneumonite intersticial rara
 Icterícia de regurgitação
 Outros: adenopatias, leucopenia, necrose miocárdica, atresia de esôfago, fístula esôfago-traqueal e outros infreqüentemente relatados, como hipoplasia de artéria mesentérica. variados
 A mortalidade pode exceder de um terço dessas crianças. Muitos sinais e sintomas: surdez, disfunção vestibular, retardo mental, microcefalia, microftalmia, coriorretinite, iridociclite, meningite crônica, convulsões, desenvolvimento motor retardado e crescimento lento, podem tornar-se evidentes no primeiro ano de vida ou subsequentemente.

SEGUNDO	Surdez Retardo psico-motor Microcefalia	Foram relatadas nos conceitos de mães com rubéola durante o período de 14 a 21 semanas de gestação	raros
---------	---	--	-------

TERCEIRO	Nenhum
----------	--------

2.3.7.1 - Prevenção

A prevenção da rubéola se faz através da imunização com vacina que deve ser aplicada a partir dos 12º mês de vida.

A rubéola tem sido considerada como doença que atinge fundamentalmente as crianças de cinco a nove anos de idade.

Contudo, no nosso meio sobram cerca de 20% de adultos jovens não imunes. Por isso ser da maior importância que todas

as mulheres com idade entre 12 e 45 anos tomem a vacina.

Precauções do uso da vacina:

Para as mulheres, a vacina deve ser tomada durante a menstruação, pois não deve ser aplicada em grávidas.

Além disso, é preciso evitar uma gestação durante os 3 meses após a aplicação da vacina.

2.3.8 - Sífilis

A sífilis é doença infecciosa, crônica, sexualmente transmissível, altamente contagiosa, causada pelo *Treponema pallidum*.

Segundo FARHAT e KOPELMAN (1985) estatísticas baseadas em dados de quem trabalha em pré-natal e berçário demonstram significativa incidência de sífilis no quadro materno-infantil. No primeiro semestre de 1978, de 575 mães e seus recém-nascidos internados no Hospital São Paulo, da Escola Paulista de Medicina, de acordo com o estudioso citado, obteve-se testes positivos em 32 mães e 35 crianças.

2.3.8.1 - Sinais e Sintomas

Há variedade de sintomas e lesões, inicialmente na pele e nas mucosas e, posteriormente, comprometimento dos sistemas circulatório e nervoso.

a) 1º Estágio - de 10 a 90 dias

Presença de ferida dura (cancro duro), altamente contagiosa, não dolorosa, localizada nos órgãos genitais, boca ou qualquer parte do corpo.

b) 2º Estágio - de 45 a 180 dias

- Indisposição geral.
- Febre branda intermitente.
- Erupções na pele.
- Queda de cabelo.
- Inflamação da garganta.
- Úlceras indolores.

c) 3º Estágio

- Ausência de sinais clínicos.
- A doença deixa de ser contagiosa.
- A infecção continua atacando órgãos vitais.

2.3.8.2 - Conseqüências

a) No adulto

- Lesões graves na pele.
- Cegueira.
- Insanidade mental.
- Paralisia.
- Doenças cardíacas.
- Óbito.

b) Na gestante (não tratada)

- Aborto espontâneo.
- Óbito do feto.

c) Na criança (sífilis congênita)

- Má formação dentária.
- Cegueira.
- Surdez.
- Deficiência mental.
- Osteoporose.

2.3.8.3 - Tratamento e Diagnóstico

a) Adulto

- Testes laboratoriais: V.D.R.L.

Microscopia de campo escuro.

- Diagnóstico e tratamento do parceiro sexual.

b) Crianças com sífilis congênita

- Exame laboratorial: V.D.R.L., no:

- nascimento;

- de 3 em 3 meses:

Após VDRL negativo, de 6 a 12 meses.

Para tratamento, utiliza-se a penicilina.

Em pacientes alérgicos, utiliza-se tetramicina e eritromicina.

2.3.8.4 - Prevenção

a) Na gestante:

- Acompanhamento pré-natal.

b) No adulto:

- Tomar banho diariamente.
- Lavar os órgãos genitais com água e sabão.
- Observar possíveis sinais indicativos da doença em si e no parceiro.
- Exames médicos periódicos.
- Usar preservativos de borracha (camisa de vênus).
- Evitar a multiplicidade de parceiros sexuais.
- Procurar imediatamente o médico ao menor sinal de suspeita ou alterações nos órgãos genitais.
- Em caso positivo da doença, informar o(s) parceiro(s).

2.3.8.5 - Tratamento

- Seguir corretamente as orientações do médico.
- Não tomar medicamentos por conta própria.
- Tomar bastante líquido.
- Não tomar bebidas alcoólicas.
- Não deixar suas toalhas usadas ao alcance de outras pessoas.
- Lavar as roupas íntimas separadamente.
- Suspender as relações sexuais durante o tratamento.

2.3.9 - Diabetes Mellitus

O Diabetes, que na linguagem médica é chamado de Diabetes mellitus, é uma doença tão antiga quanto a própria humanidade e está disseminada no mundo. No Brasil, 6% da população é diabética e metade das pessoas acometidas pela doença desconhece o próprio estado de saúde. O Diabetes, no adulto, muitas vezes não apresenta sintomas, o que não acontece na criança.

A descoberta precoce e o início do tratamento evitam a progressão e as complicações desta doença. O Diabetes ainda não pode ser curado, porém pode ser controlado com resultados bastante satisfatórios.

2.3.9.1 - Definição

O Diabetes mellitus é uma síndrome metabólica que se caracteriza por um excesso de glicose (açúcar) no sangue (hiperglicemia) devido a falta ou ineficácia da insulina, que é um hormônio produzido pelo pâncreas.

2.3.9.2 - Causas

As causas do Diabetes são poligênicas e multifatoriais, ou seja, há uma pré-disposição hereditária em que as influências ambientais desempenham um fator importante no

aparecimento da doença. Se um dos pais for diabético, um entre 5 filhos poderá vir a sê-lo. A obesidade favorece o aparecimento do Diabetes. Portanto, se uma pessoa tem familiares diabéticos não deve ser obesa. Há ainda outros fatores que podem ser a causa desta patologia, como cirurgias pancreáticas, diabetes da gestação e até mesmo alguns vírus comuns da infância. O Diabetes não é transmissível por contato pessoal e em muitos casos pode ser prevenido.

2.3.9.3 - Diagnóstico

Para fazer o diagnóstico do Diabetes mellitus basta dosar a quantidade de glicose no sangue. Se estiver acima do normal é Diabetes. Porém, é o médico quem dá o diagnóstico de certeza. O diagnóstico precoce é eficiente na redução da morbidade e mortalidade por esta doença.

2.3.9.4 - Sintomas

- Abundante emissão de urina.
- Sede em excesso.
- Fome em excesso.
- Emagrecimento.
- Fraqueza e fadiga.
- Coceira vulvar crônica.
- Visão turva.

-Infecções repetidas de pele.

2.3.9.5 - Tratamento

a) Dieta de 1800 a 2000 calorias, sendo 200 g de glicídios, 1 a 2 g de proteínas por kg de peso, completando-se o volume calórico total com gorduras; a dieta deverá ser normossódica.

b) Suplementação de ferro e ácido fólico.

c) Insulina (se não for possível o domínio da doença através de dieta).

2.3.9.6 - Consequências do Diabetes na gestação

Segundo COSLOVSKY e RESENDE (1973), se a gravidez condiciona o agravamento do Diabetes, é igualmente verdadeiro que a doença pode acarretar alterações que põem em risco a sobrevivência materna e fetal.

Os problemas obstétricos suscitados pelo Diabetes podem ser assim sintetizados:

a) Mortalidade materna

Em 1909, uma dentre quatro gestações diabéticas terminava em óbito materno. Com o advento da insulina e os métodos atuais de avaliação da gestação e do bem estar fetal, houve grande redução do risco materno.

REZENDE (1982) cita pesquisas feitas por VAISMAN e

COSLOVSKY, demonstrando que em Los Angeles, de 1957 a 1974, a mortalidade materna por Diabetes foi de 0,5%, cifra baixa em números absolutos, porém 14 vezes superior à da população em geral.

b) Toxemia tardia

A gestose hipertensiva (uma das principais causas de morte materna), ocorria 30 anos atrás em cerca de 50% das gestantes diabéticas. Esta incidência ainda é, hoje em dia, muito elevada.

COLOVSKY e REZENDE (1973) observaram toxemia em 18,5% de pacientes com esta patologia.

Se a hipertensão ou proteinúria progredirem após repouso no leito, sedação e regime dietético apropriado, é preciso pensar em interromper a gravidez ao ultrapassar 32 semanas.

c) Abortamentos e partos prematuros

São controvertidas as estatísticas sobre a incidência de abortamentos espontâneos em diabéticas. É válido pensar que o domínio da doença pode levar à redução nos índices de interrupção prematura da gravidez, nos casos moderados.

d) Mortalidade perinatal

Algumas estatísticas exibem índices de mortalidade perinatal entre 10 e 15%. Esses algarismos são 4 a 5 vezes superiores a mortalidade perinatal na população em geral.

Estudos mais recentes sobre mortalidade perinatal nos

produtos de mães diabéticas atestam que cerca de 35% dos óbitos são de causa obstétrica; 35% têm causas pediátricas; 17% estão vinculadas a causas clínicas. Os demais são indeterminados.

e) Polidrâmnio

Na gestação da diabética, não somente o volume do líquido amniótico pode estar aumentado, como também o seu conteúdo em glicose, correlacionado à glicemia materna. Em cerca de 6% dos casos o polidrâmnio está associado a malformações fetais, sendo que as mais freqüentes se localizam no aparelho digestivo.

f) Macrossomia fetal

Fatores metabólicos, sobretudo o Diabetes e o pré-diabetes, atuam sobre o desenvolvimento do concepto e seu peso ao nascer.

Apesar de depender de muitas variáveis, o peso do concepto e o Diabetes materno estão associados mais freqüentemente à idade materna, à obesidade e à multiparidade.

g) Malformações congênitas

Não são convincentes as tentativas de explicar a elevada incidência de malformações congênitas associadas à gestação de diabéticas. Comprovou-se que a incidência é reduzida quanto maior é a vigilância durante os primeiros meses de gravidez, evitando-se qualquer tendência à acidose e à hiperglicemia.

O parto da gestante diabética será vaginal ou levando-se em conta tanto os fatores obstétricos (volume do feto, conceito, capacidade pélvica, condições do colo, posição fetal) como o domínio do Diabetes, gravidade da doença ou ocorrência de complicação.

2.3.9.7 - Prevenção

Em diabéticas, sob tratamento, a fertilidade é praticamente idêntica à de mulheres saudáveis.

Requerendo cuidados especiais com a sua própria saúde, a diabética deve ser orientada, portanto, sobre planejamento familiar e ter acesso aos métodos contraceptivos.

Tanto ela, como seu parceiro, devem ser conscientes sobre as consequências do Diabetes na gestação, e desta ocorrer, a necessidade de rigoroso controle médico.

A diabética poderá ter a enfermidade agravada ou abortar prematuramente, em consequência da gravidez.

2.3.10 - Medicamentos na Gravidez

Segundo LIMA (1980), é difícil prever ou afirmar se determinado fármaco (remédio) seja ou não teratogênico haja evidências significativas e até catastrófica

ocorreu com a talidomida. Por exemplo, para uma chance de 95% de detecção de um fármaco que duplique a incidência "normal" de anencefalia, seriam necessários estudos em 23.000 mulheres grávidas.

Em alguns países como Estados Unidos, Inglaterra e Japão, a incidência de malformações por fármacos oscila entre 2 a 7% anualmente, taxa esta considerada muito elevada.

Na América do Sul inexistem estudos neste sentido. É evidente que fármacos comprovadamente teratogênicos não são comercializados em diversos países do mundo, mas no Brasil, onde grande parte da população consome medicamentos por conta própria, sem orientação médica adequada (e quando isto acontece, geralmente a prescrição é feita sem conhecimento de farmacologia clínica) podem existir riscos.

Para LIMA (1980), são fármacos teratogênicos para o homem:

Talidomida

Andrógenos

Estrógenos sintéticos

Progestágenos orais

Vitamina D

Aminopterín

Metotrexate

Bussulfan

Metimazole, propiltiouracil, iodetos
 Aminoglicosídeos (gentamicina, aminacina)
 Difenilidantoína
 Tetraciclinas
 Isoníazida
 Cloroquina
 Coumarínicos

O autor citado relaciona os seguintes fármacos como
 suspeitos para uso na gestação humana:

Ácido para-aminossalicílico	Fenotiazínicos
Adrenalina	Fenilpropanolamina
Barbitúricos	Feniramina
Benzodiazepínicos	Fenmetrazina
Codeína	Hidroclorotiazida
Cloropropamida	Meclizina
Cloroquina	Meprobamato
Corticosteróides	Metronidazol
Difenidramina	Proclorperazina
Dextroanfetamina	Quinina
Efedrina	Tolbutamida
Eritromicina	Trimetropim
Fenacetina	Clonidina
Lítio	Indometacina

Existem ainda medicamentos com riscos de serem usados no final da gestação, contra-indicados no período de amamentação e a serem usados com cautela no lactante.

2.3.10.1 - Medidas preventivas (FILHO, 1980)

- Acompanhamento pré-natal.
- Esclarecimento às mulheres dos riscos da automedicação no período gestacional.

2.3.11 - Álcool e Gravidez

Os bebês, filhos de mães alcoólatras, podem apresentar os seguintes sintomas, desde o nascimento: hiperatividade, choro, irritabilidade, hipertonia, anomalias dos reflexos, movimentos anormais da boca, sucção pobre, tremores, convulsões, hiperfagia, suores profusos, traço eletroencefalográfico de sono pobre.

Segundo PEIXOTO (1981), a gravidade do efeito tóxico do álcool sobre a gestante caracteriza-se por aumento da mortalidade perinatal, síndrome alcoólica fetal, produzindo malformações múltiplas com alterações craniofaciais.

2.3.12 - Tabagismo e Gravidez

Segundo o CLAP (1988), os estudiosos apresentam provas definitivas, obtidas em estudos epidemiológicos, em experimentos de laboratório e também por observação direta de que o hábito de fumar aumenta o risco de morte fetal e de dano intrauterino e que predispõe a mãe a uma maior proporção de complicações.

Enquanto os fumantes se defendem expressando o direito de autodestruir-se pelo uso do cigarro, os não fumantes estão reunindo forças para que se respeite o direito a não serem contaminados pela fumaça, principalmente em ambientes fechados. São fumantes passivos: mesmo sem fumar, absorvem até um sexto do que corresponde a um fumante.

Se os direitos dos não fumantes merecem respeito, muito maior deve ser o respeito ao feto, verdadeiro fumante passivo, cuja capacidade de vida é agredida sem que possa expressar-se e sem que tenha opção. Não há dúvida de que o cigarro mata, mas os adultos morrem lentamente, depois de anos de morbidade. O feto, pequeno e involuntário fumante passivo, pode ser morto pelo cigarro rapidamente: o risco de morte fetal ou neonatal aumenta com a exposição materna e ambiental.

Segundo o CLAP (1988) os filhos de mulheres fumantes pesam, em média, ao nascer, até 420 gramas menos que os filhos de não fumantes. Esta diferença de peso tem relação com o

número de cigarros fumados. Calcula-se que cada cigarro-dia é responsável por 11 gramas a menos no peso ao nascer.

A exposição, no lar, à fumaça de cigarros, aumenta os riscos de mortalidade e morbidade pós-neonatal e altera o crescimento e o desenvolvimento psicomotor e intelectual da criança a longo prazo.

Em relação ao desenvolvimento psicomotor e intelectual o CLAP (1988) relata que as crianças expostas à fumaça de cigarros (em estudos de seguimento que chegam até os 14 anos) evidenciam:

a) Diminuição:

- habilidade geral;
- habilidade para matemática;
- habilidade para leitura;
- rendimento escolar.

b) Maior evidência de:

- hiperatividade;
- disfunção cerebral mínima;
- proporção de eletroencefalogramas patológicos.

2.3.12.1 - Prevenção

A prevenção primária a nível de escolares e adolescentes é particularmente efetiva.

A preocupação natural pelo filho pode ajudar mulheres

grávidas fumantes a fazerem mudanças em seu estilo de vida que incluem até o abandono do vício.

Para combater o tabagismo, as técnicas agressivas que desenvolvem ansiedade e culpa devem ser evitadas. Os melhores resultados e os mais persistentes são obtidos com medidas que visem mudanças de conduta.

2.3.13 - Desnutrição Materna e Infantil

Segundo WERNER e BOWER (1984), a insuficiência de proteínas ou calorias durante os 3 ou 4 últimos meses de gravidez pode resultar em uma redução de 20% no número total de células no cérebro do concepto, além de retardar o crescimento da bainha circulante à medula espinhal e outros nervos, denominados mielina. Estes efeitos, segundo os autores citados, podem produzir uma criança lenta para aprender.

A deficiência de iôdo na mãe aumenta o risco de subnormalidade mental e alguns danos físicos no feto, como cegueira e surdez. A deficiência de ferro também pode prejudicar a saúde da criança.

Pesquisas indicam que o período mais importante para se ter uma boa dieta alimentar, é aquele durante o qual o sistema

neurológico está se desenvolvendo. Nos seres humanos, esse desenvolvimento inicia-se na concepção e continua durante os primeiros anos de vida.

O efeito da desnutrição é permanente, sendo que melhoras posteriores na dieta da criança não ajudam a recuperar o que foi lesado.

Em crianças maiores, geralmente se pode reconhecer a desnutrição sem exames especiais.

A criança pode estar desnutrida, quando:

- não se alimenta;
- não come os alimentos adequados;
- come os alimentos adequados, mas o seu organismo não aproveita bem esses alimentos.

A criança desnutrida geralmente é irritada, apática, desanimada, triste e muito fraca, além de ter grande facilidade em adquirir doenças.

Segundo MPAS (1984), a desnutrição infantil pode causar:

- atraso no crescimento, além da perda de peso, o que dificultará à criança alcançar a estatura normal para a idade;
- atrofia muscular, causando diminuição dos músculos, podendo levar à deformidades como: pés-chatos, defeitos nos joelhos ou desvios da coluna;
- retardo mental, que é mais evidente na idade escolar.

2.3.13.1 - Prevenção

Na prevenção da desnutrição materna e infantil são importantes:

- o acompanhamento pré-natal, inclusive com a adoção da suplementação alimentar para a gestante carente;
- a educação da gestante quanto à maneira correta de alimentar a si e a sua família, evidenciando-se a importância da utilização da alimentação alternativa, cultivo da própria horta e abolição de tabus alimentares.

2.3.14 - Condições Econômicas e Sociais Desfavoráveis

CUNHA et al. (1978), enfatizam a necessidade de se proporcionar adequadas condições ambientais de vida a todas as gestantes. Assinalam a importância que as condições econômicas e sociais assumem sobre o binômio materno-fetal.

A baixa condição sócio-econômica, a pobreza, é geradora de populações com as seguintes condições de vida: baixa renda, ignorância, promiscuidade, deficiências nutricionais, deficientes serviços médicos.

Os estudiosos citados pesquisaram 400 mulheres grávidas, todas de gestações de alto risco, que freqüentaram o Serviço

Pré-Natal da Maternidade Mário Trotta da Santã Casa de Misericórdia, de Porto Alegre, onde foram avaliados os seguintes dados: instrução, moradia, salário, estado civil.

Quanto à instrução verificaram que 25% da população pesquisada era analfabeta, 38% semi alfabetizada (com instrução primária incompleta) e os 37% restantes possuíam maior grau de instrução.

Verificaram também que a maioria destas mulheres viviam em precárias condições de moradia, com deficiências de saneamento ambiental e restrição de espaço físico, proporcionando baixa qualidade das condições de habitação, o que se constitui em fator de mortalidade e morbidade materno-infantil.

A condição de indigência das mulheres pesquisadas foi evidenciada pelo salário, sendo que mais de 40% das gestantes recebia até um salário mínimo mensal.

Quanto ao estado civil, predominou nestas gestantes o estado de solteiras (31%) e o de viúvas, abandonadas ou em condições indefinidas (29,3%), o que proporciona situação de instabilidade econômica e emocional, comprometendo de forma negativa a evolução da gravidez.

Em nosso meio, para a obtenção de uma melhoria das condições biológicas dos recém-nascidos deve-se dar mais ênfase aos cuidados pré-natais, além da prioridade política e

social da melhoria das condições sócio-econômicas da população.

2.4 A Importância da Assistência Pré-Natal na Prevenção e no Controle da Gestação de Alto Risco

2.4.1 - Objetivos da Assistência Pré-Natal

Originária da França, como decorrência dos trabalhos de PINARD e BUDIN (1985), tem, hoje, a assistência pré-natal objetivos muito mais amplos e pretenciosos.

Além de sua finalidade psicológica, educacional e social preocupa-se, alcançados aqueles objetivos, com a identificação da "gestação de alto-risco" em que os organismos da mãe e do feto, deste em particular, estão sujeitos à deficiência.

Segundo WALLACE (1982), a assistência pré-natal visa, sinteticamente:

- orientar os hábitos de vida (dieta, atividades físicas, vestuário, esporte, etc.) o que constitui a higiene pré-natal;
- assistência psicológica, ajudando a resolver conflitos e problemas;
- preparação para a maternidade, tanto no sentido do preparo para o parto (métodos psicossomáticos de

- preparação) como ensinando noções de puericultura;
- diagnóstico e tratamento de doenças preexistentes e que complicam ou agravam a gravidez e o parto;
 - profilaxia, diagnóstico e tratamento da patologia própria da gravidez.

O aspecto fundamental da assistência pré-natal eficiente é sua qualidade. Não é a simples multiplicação dos ambulatórios que irá influir nos índices tanásimos, mas o trabalho idôneo, junto a cada gestante, examinada como unidade autônoma por alguém capacitado a fazê-lo.

Não se pode falar em assistência pré-natal com postos sem pessoal habilitado e suficiente, sem condições para efetuar os exames fundamentais (sorologia, hematimetria e hemoglobinometria, classificação do fator Rh e dos grupos sanguíneos, colpocitologia e exame de urina), prestar assistência social, tudo sem despesas importantes para a paciente, que não deve ter seus passos complicados com exigências burocráticas fastidiosas e inúteis.

De acordo com WALLACE (1982):

A importância da clínica pré-natal deve ser reconhecida e designado para dirigi-la, não o menos qualificado dos obstetras, como é freqüente, mas, ao contrário, um especialista categorizado, e número suficiente de auxiliares qualificados a fim de que a assistência médica adequada, conselhos, e tempo suficiente sejam dedicados a cada gestante, de acordo, com suas necessidades eventuais.

A consecução de tais objetivos só se efetuará, quando a mentalidade vigente no ensino for modificada e o ambulatório passar a constituir a fonte básica de aperfeiçoamento dos jovens médicos. É indispensável transferir, para o núcleo do ambulatório, o centro das atividades clínicas e educativas, ou jamais se aperfeiçoará o atendimento nem aí se fixará o pessoal mais competente.

As mulheres gestantes não procuram freqüentemente os ambulatórios pré-natais, muitas jamais recebendo cuidados médicos durante a gestação. Seria desejável que a legislação fosse mais incisiva e tornasse compulsória a assistência pré-natal.

2.4.2 - Organização da Assistência Pré-Natal

Cumpre, preliminarmente, estabelecer a época em que deve ter início a assistência pré-natal, a freqüência com que a grávida necessita comparecer às consultas e o objetivo delas.

Norma geral, quanto mais precocemente iniciada à assistência pré-natal, mais eficácia tem. Poucas semanas passadas do primeiro período menstrual ausente, deveria a mulher iniciar o tratamento. Na primeira consulta, além do exame tocoginecológico minucioso, o obstetra submeterá a paciente a anamnese e exame clínico a fim de rastrear antecedentes ou sinais indicadores de afecções capazes de repercutir desfavoravelmente sobre a evolução da gravidez. Caso

necessário, enviará a gestante a outros especialistas, eventualmente ao dentista e constituirá, desde logo, o grupo que supervisionará a paciente e assegurará o tratamento tanto obstétrico como clínico.

A frequência com que a grávida deverá retornar à consulta pré-natal dependerá das conclusões do exame inicial e visam, essencialmente, à fiscalização do ganho ponderal e das cifras tensionais. Se a gravidez transcorrer em condições normais, entre a 12ª e 28ª semana, podem as consultas ser espaçadas de 6 semanas; nos dois últimos meses de gestação as pacientes deverão ser vistas a cada sete ou dez dias, a fim de serem rastreadas as importantes alterações dessa fase.

A moderna assistência ambulatorial exige, ao par das instalações para atendimento às grávidas normais, outras desinadas à "gestação de alto risco", a demandar infraestrutura humana e laboratorial adequada ao reconhecimento precoce das afecções que complicam a gravidez e à avaliação da situação intra-uterina do concepto.

É exigência inicial analisar as condições gerais da grávida, seus antecedentes obstétricos e ginecológicos e o ambiente emocional em que vive, pois dele depende, em boa parte, sua atitude em relação à gravidez. Conflitos anímicos são causas freqüentes de perturbações físicas capazes de repercutir de modo mais ou menos acentuado sobre a evolução da gestação.

Na assistência pré-natal (APN), é importante a gestante ter um espaço para discutir os problemas de sua vida afetiva, que lhe proporcione o apoio e a segurança indispensáveis ao seu equilíbrio emocional.

Devem ser investigadas a possibilidade de existirem doenças hereditárias familiares, autossômicas, recessivas ou dominantes e suscetíveis de ser diagnosticadas no curso do pré-natal, além de outras alterações do metabolismo.

Os sinais sinomáticos exibidos pela grávida devem ser cuidadosamente anotados. Triviais no início da gravidez são os enjoos, náuseas, vômitos, alterações do apetite, do humor e do funcionamento vesical, tendência à constipação, tonteadas. Mais inquietante são as elevações das cifras tensionais (acima de 140x90 mmHg), os edemas pronunciados, o excesso de ganho ponderal e as manifestações hemorrágicas.

A seqüência dos exames a serem procedidos não tem importância maior, variando de acordo com a rotina dos serviços ou com variações sugeridas na individualização dos casos. Segundo WALLACE (1982), é imperioso, porém, que todos os pontos abaixo sejam investigados:

- peso, altura e tensão arterial;
- exame pélvico;
- exame obstétrico propriamente dito;
- exame geral conciso, devendo ser aprofundado se rastreada alguma doença ou enfermidade que complique a

gestação, quando então a paciente deverá ser examinada por especialistas.

De acordo com estes mesmos autores, os seguintes exames complementares devem ser realizados:

- 1 - exame de urina parcial (densidade, elementos anormais e sedimento);
- 2 - hematimetria, hemoglobimetria, hematócrito, leucometria;
- 3 - determinação sorológica para diagnóstico da lues;
- 5 - exame citopatológico;
- 6 - pesquisa da inibição da hemaglutinação contra a rubéola.

Há fundadas razões para proscrever a abreugrafia da rotina dos exames solicitados, uma vez que a paciente recebe, nessa investigação, radiação importante.

Os demais exames serão solicitados de acordo com as necessidades clínicas e em decorrência dos resultados das análises anteriormente pedidas.

De tudo será feita anotação em ficha especializada, de que existem inúmeros modelos, mais valendo a regularidade das anotações que pequenas diferenças entre elas.

Após o primeiro exame, a gestante deverá voltar dentro do prazo estabelecido a fim de saber os resultados das análises, quando lhe será fornecida uma eventual prescrição

medicamentosa e instruções sobre a dieta. Nessa entrevista serão requisitados, quando necessários, outros exames indispensáveis à caracterização da normalidade.

Em cada consulta a gestante será submetida a ligeira anamnese e a exame obstétrico suscinto, com tomada de peso e da pressão arterial e averiguação da existência de edemas.

Deve ser investigada a possível ocorrência de perdas sangüíneas, dores perturbações visuais, dormência, cefaléia, funcionamento dos rins e intestinos, corrimentos vaginais, bem como percepção dos movimentos fetais.

Compete ao clínico, arguto e sensível, discriminar as gestantes consideradas "alto risco", daquelas saudáveis, para as quais é a gestação simples evolução do processo vital, a merecer apenas o amparo que solicitarem. Exige-se, igualmente, do médico que dispensa assistência pré-natal, conhecimentos que lhe permitam afiançar o caráter normal da gestação e antever eventuais riscos perinatais. espera-se, por fim, que o consultório pré-natal cumpra seus objetivos, abrindo espaço para o perfeito entendimento e relacionamento médico-paciente, única forma de manter o "feedback" indispensável para realizar adequada assistência à gestante.

3 METODOLOGIA

A finalidade do presente estudo consistiu em levantar os recursos da comunidade de Curitiba disponíveis no atendimento da gestação de alto risco.

Para tanto, visitou-se inicialmente a Secretaria Municipal da Saúde, por a mesma atender a maioria das gestantes de Curitiba. Neste local, constatou-se com a coordenadora de Normas Técnicas da Divisão de Saúde, a qual nos forneceu dados referentes ao Programa de Atenção Integral à Saúde da Gestante, mantidos pela Secretaria, bem como nos indicou os hospitais que prestam atendimento à gestação de alto risco (Hospital de Clínicas, Hospital Evangélico de Curitiba, Hospital Nossa Senhora das Graças).

Inicialmente visitou-se o Hospital de Clínicas, no setor de atendimento à gestante, onde coletou-se dados em entrevistas com a Enfermeira Chefe e um dos médicos do referido setor.

Após, visitou-se o Hospital Evangélico, no setor de Atendimento à Gestante de Alto Risco, sendo que levantou-se as informações através da Enfermeira Chefe do referido setor.

No setor de Pediatria obteve-se dados sobre o bebê alto

risco, por meio da Enfermeira responsável.

No Hospital Nossa Senhora das Graças, no Setor de Atendimento à Gestante, obteve-se as informações sobre o mesmo através de duas Assistentes Sociais e a Enfermeira Chefe.

4 RECURSOS DA COMUNIDADE DE CURITIBA DISPONÍVEIS NO ATENDIMENTO DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

4.1 Secretaria Municipal de Saúde

A Secretaria Municipal da Saúde desenvolve ações de Educação e Saúde, nos 86 Centros de Saúde distribuídos por toda a cidade de Curitiba.

Um dos seus programas mais importantes é o de Atenção Integral à Saúde da Gestante, tendo como objetivos:

- identificar precocemente as gestantes na área de abrangência. Estimular a participação no programa;
- acompanhar de maneira periódica e sistemática o período pré-natal e o puerpério;
- detectar e tratar o mais precocemente possível os processos patológicos que possam prejudicar a adequada evolução da gestação, parto e puerpério, assim como prevení-los;
- garantir o acesso ao nível secundário e terciário das gestantes consideradas de risco bem como o processo de contra-referência para a rede de atenção básica;
- oferecer orientação em grupo e individualmente a gestantes e puérperas, visando discutir as principais

alterações bio-psico-sociais.

4.1.2 - Funcionamento do Programa

Além dos assuntos indicados pelo próprio grupo, a equipe de saúde indica os temas abaixo relacionados nas reuniões com os grupos de gestantes, com enfoque médico-educacional.

a) Esclarecimentos sobre o pré-natal

- Funcionamento do programa;

- imunização;

- exames de rotina;

- reuniões em grupo;

- encaminhamento hospitalar;

- tratamento odontológico.

b) Aleitamento materno.

c) Alterações fisiológicas do organismo na gestação, parto e puerpério.

d) Higiene, alimentação, vestuário, maternidade.

e) Ações de drogas, álcool e do fumo na gestação.

f) Cuidados com o recém-nascidos.

4.1.3 - Encaminhamento

Os objetivos dos cuidados pré-natais à gestante nos Centros de Saúde de Curitiba, são os mesmos para todas as gestantes.

Quando na assistência pré-natal uma gestante é caracterizada como de alto risco, o obstetra a encaminha para o Hospital das Clínicas que é o Centro de Referência do Alto Risco, em Curitiba.

4.1.4 - Atendimento ao Bebê Alto Risco

Com relação ao bebê alto risco, os Centros de Saúde não desenvolvem nenhum programa específico. Realiza um atendimento e acompanhamento que se inicia com o nascimento da criança, prolonga-se ao puerpério sob a forma da puericultura e com acompanhamento nas diversas fases de desenvolvimento da criança.

Quando se detecta ou se suspeita de alguma deficiência na criança, a mesma é encaminhada aos Centros de Atendimento Especializados em Educação Especial.

4.2 HOSPITAL DE CLÍNICAS

4.2.1 - Tipo de Atendimento à Gestante

- Pré-natal normal, com atendimento especial à gestante de alto risco.
- De acordo com a patologia apresentada cada gestante é encaminhada para atendimento à Unidade especializada (Unidade de Diabetes, Unidade Cardiológica

4.2.2 - Clientela

- S.U.D.S.
- Encaminhamento de outras entidades.

Tem sido dada prioridade ao atendimento às gestantes de alto risco, pois as gestantes com evolução normal da gravidez podem ser atendidas nos Postos de Saúde.

4.2.3 - Tipo de Assistência Pré-Natal Prestada

- Ênfase no enfoque médico.
- Enfoque educacional assistemático e raro.

4.2.4 - Atendimento ao Bebê Advindo da Gestação de Alto Risco

- Unidade especial (berçário III), que é considerado um dos melhores do país.

- Depois de receber alta o bebê continua a ser atendido pelo Serviço de Pediatria.

4.3 HOSPITAL EVANGÉLICO

4.3.1 - Tipo de Atendimento

- Pré-natal normal, com atendimento especial à gestante de alto risco.
- De acordo com a patologia apresentada cada gestante é encaminhada para atendimento à Unidade especializada (Unidade de Diabetes, Unidade Cardiológica, etc.).

4.3.2 - Clientela

- S.U.D.S. (ambulatório).
- Encaminhamentos feitos por outras entidades (por carta).
- Atende a área de Curitiba e Região Metropolitana.
- Dia de atendimento pelos médicos responsáveis: quarta-feira às 8 horas da manhã.

4.3.3 - Tipo de Assistência Pré-Natal Prestada

- Ênfase ao enfoque médico.

- Enfoque educacional: assistemático e escasso.

4.3.4 - Atendimento ao bebê Advindo da Gestação de Alto Risco

- Berçário único.
- Depois de receber alta o bebê continua sendo atendido pelo Serviço de Pediatria.
- As consultas são mensais até o 2º ano de vida, do 2º ano de vida em diante, caso não surja nenhuma complicação, tornam-se anuais.
- O atendimento é prestado até a idade escolar, para acompanhar possíveis seqüelas tardias.

4.4 HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

4.4.1 - Tipo de Atendimento

- Pré-natal normal, com atendimento especial à gestante de alto risco.
- De acordo com a patologia apresentada cada gestante é encaminhada para atendimento à Unidade especializada.
- Atende em média 800/900 consultas mensais.
- Cada gestante tem direito a 9 consultas durante a gestação. As gestantes de risco são atendidas mais vezes, mesmo sem consulta marcada.

4.4.2 - Clientela

- S.U.D.S.
- Não aceita encaminhamento de outras entidades, pois não tem estrutura física nem humana para ampliar o atendimento.

4.4.3 - Tipo de Assistência Pré-Natal Prestada

- Ênfase no enfoque médico.
- Enfoque educacional: iniciou há dois meses o Projeto Gestante, caracterizado por reuniões educativas.

As palestras são ministradas às gestantes, enquanto as mesmas esperam pela sua consulta médica.

Os conteúdos enfocam temas como: relacionamento conjugal, sexualidade, alimentação, ganho ponderal, exercícios para gestantes, aleitamento materno, fertilidade da mulher, parto psico-profilático, planejamento familiar, cuidados com o bebê.

4.4.4 - Atendimento ao Bebê Advindo da Gestação de Alto Risco

- Berçário único.
- Unidade pediátrica para atendimento normal.
- Os bebês de risco que recebem alta do berçário e necessitam de cuidados especiais são encaminhados para outras

instituições (Hospital de Clínicas, Centros de Atendimento Especializado em Educação Especial).

5 CONCLUSÕES E SUJESTÕES

Com base nos dados obtidos na literatura consultada e no levantamento dos recursos da comunidade de Curitiba no atendimento à gestação de alto risco, chegou-se às seguintes conclusões:

- A gestação de alto risco caracteriza-se pela ocorrência de agravos biopsicossociais que podem prejudicar a adequada evolução da gestação, parto e puerpério.

- As complicações advindas de uma gestação de alto risco, além do risco materno, pode determinar na criança, deficiências mental, auditiva, visual, física e motora, além de múltipla deficiência, distúrbios de comportamento e de aprendizagem.

- A assistência pré-natal constitui-se na melhor forma de acompanhamento periódico e sistemático do desenvolvimento da gestação, parto e puerpério, além da prevenção, detecção e tratamento precoces das patologias e intercorrências que acarretam prejuízos à saúde da mãe e do concepto, contribuindo para a diminuição dos coeficientes de mortalidade materna e infantil, bem como da deficiência na criança.

- A vigilância durante toda a gestação assegura o

reconhecimento e o tratamento precoce da Gestação de Alto Risco.

- A Secretaria Municipal de Saúde, através de seus 86 Centros de Saúde, encaminham as Gestantes de Alto Risco ao Centro de Referência do Hospital de Clínicas.

- Em Curitiba, os recursos da comunidade que atendem a Gestação de Alto Risco são: Hospital de Clínicas, Hospital Evangélico e Hospital Nossa Senhora das Graças. Estes hospitais prestam também atendimento especializado ao bebê advindo desta gestação.

O Hospital de Clínicas e o Hospital Evangélico, no atendimento à Gestante de Alto Risco, prestam à mesma um atendimento com ênfase clínico e médico, sendo que o enfoque educacional é assistemático e escasso.

- O Hospital Nossa Senhora das Graças implantou recentemente o Projeto Gestante, caracterizado por reuniões educativas, durante a espera das gestantes pela consulta médica.

Com base nas conclusões do presente estudo, sugere-se que:

- As ações em Educação e Saúde se desenvolvam junto às gestantes, através de reuniões grupais e orientações individuais.

- Os profissionais interessados no assunto, desenvolvam atividades de conscientização de forma sistemática e

organizada através de: Trabalhos Comunitários, Associações de Moradores, Grupos de Creche, Associações de Pais e Professores e outros grupos interessados ou organizados.

- Os Centros de Saúde e de Alto Risco tenham em suas equipes, profissionais capacitados a dar assistência psicológica, ajudando as gestantes a resolverem seus conflitos e problemas.

- As escolas incrementem em seus currículos de saúde, questões inerentes às situações adversas numa gravidez e como prevení-las.

- Os meios de comunicação estimulem o interesse quanto às formas de prevenção da Gestaçãõ de Alto Risco, bem como de todas as situações que possam trazer deficiências.

- Os profissionais dos Centros de Saúde conscientizem as gestantes quanto ao retorno ao Centro de Saúde para que sejam acompanhadas no processo de referência e contra referência.

- Haja continuidade do acompanhamento ao bebê advindo de uma Gestaçãõ de Alto Risco, estimulando e mostrando à mãe a importância e a necessidade do acompanhamento no mínimo até o ingresso escolar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALFORD JR., C.A. Rubella. In: Remington, J.S.; SKLEIN, J.O. Infections Diseases of the fetus and new born infant. Philadelphia : Saundersm, 1976. 71p.
2. ALMEIDA, P. et al. Identificação e Avaliação dos fatores clínicos da Gestação de Alto Risco. Revista Saúde Pública. São Paulo : V.9, 1975. p.417-25.
3. BASTOS, N.C. de Brito. Educação para a Saúde na assistência à saúde da família. Revista da Fundação SESP. Rio de Janeiro : V.24, N.1, 1979. p.107.
4. CABRERA, R. Influencia de la edad de la madre y la paridad em la mortalidad infanil. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia. Santiago : V.XL, N.5, 1975.
5. CAPPÀ, F. et al. V. Il richio ostetrico e perinatale nella gravida attempata. Minerva Ginecol., V.36, 1984. p.767-771.
6. CASPI, E.; LIFSHITZ, Y. Delivery at 40 years of age and over. Ir J Med Sci., V.15, 1979. p.418-421.

7. CASTRO, F.; MASCARETTI, G.; GINOBBI, F.; Il rischio ostetrico e perinatale nella gravida attempala. Minerva Ginecol., 1979. p.767-771.
8. CLAP - Centro Latino-Americano de Perinatalogia e Desenvolvimento Humano Saúde Perinatal: Artigos selecionados de Salud Perinatal Boleim do CLAP, Montevideu, 1988.
9. CONN, Howard, F. Terapêutica. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1967.
10. COSLOVSKY, S. Conceituação Clínica de Risco. Femina, V.3, 1975. p.719-22.
11. _____.; REZENDE, J. Ars Purandi, V.5, 1973. 42p.
12. COUNCIL OF EXCEPTIONAL CHILDREN - CEC. Documentação sobre o 1º Congresso Mundial sobre o Futuro da Educação Especial. STIRLING, 1978.
13. CUNHA, Franklin. A explosão demográfica e o admirável Mundo Novo. Femina. Rio de Janeiro : V.12, N.3, 1978. p.248-52.
14. DIEKMANN, J. Factors associated With preterm birth, obstetric gynaecologists, J. Reproduções Médicas, London, 1952.

15. DUARTE, B.R. et al. Modelo de planejamento utilizado na caracterização sócio-econômico-cultural das gestantes do pré-natal da Escola Paulista de Medicina. J. Bras Ginecol 95: 493-498, 1985.
16. FARHAT & KOPELMAN. Infecções Perinatais. Rio de Janeiro Atheneu, 1985.
17. FELDMAN, H.A. Rubella. In: CHARLES, D.S.; FINLAND, M. Obstetria and perinatal infections. Philadelphia, Febiger, 1973.
18. FILHO, A.M.S. Drogas na Gravidez. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1980.
19. HUTZLER, Rudolf Uri. Pré-Natal. São Paulo : Manole, 1979.
20. LAURENTI, R.; BUCHALLA, C.M. Estudo da morbidade e da mortalidade perinatal em maternidades. II - Mortalidade perinatal segundo peso ao nascer, idade materna, assistência pré-natal e hábito de fumar da mãe. Rev. Saúde Pública, V.19, 1985. p.225-32.
21. LIMA, Darcy Ribeiro Farmacologia Clínica da Gestação. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1980.
22. MARTEL, M. et al. Maternal age and primary cesarean section rates: a multivariate analysis. Am. J Obstet Gynecol. V.156, 1987. p.305-8.

23. MATHIAS, Lenir et al. Gravidez na adolescência. I - Primigestas de 9 a 15 anos. Jornal Brasileiro de Ginecologia. Rio de Janeiro, V.95, N.3, 1982. p.89-91.
24. _____. Gestação em pacientes com 40 anos ou mais - I primíparas. J. Brasil Ginecol., V.95, 1985. p.297-99.
25. MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social. Manual de Identificação precoce de deficiência. Brasília : MPAS/DA/SPR, 1984.
26. MONTENEGRO, C.A.B. Gestação de Alto Risco. In: REZENDE, J. Obstetrícia. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1987.
27. NEME & MATHIAS. Patologia do parto, puerpério e perinatal. São Paulo : Sarvier, Manole, 1982.
28. NEUGARTEN & BUND. Pré-Natal. Rio de Janeiro : Interamericana, 1976.
29. NOVO DICIONÁRIO AURÉLIO. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1986.
30. PEIXOTO, S. Pré-natal. 2.ed., São Paulo : Manole Ltda, 1981.
31. PINARD & BUDIN. Assistência Pré-Natal. São Paulo : Manole, 1981. p.235-241.

32. PINOTTI, J.A. et al O problema da mortalidade neonatal em São Paulo - Brasil. Revista Saúde Pública. São Paulo, 1974.
33. PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA GESTANTE. Secretaria Municipal da Saúde, 1990.
34. PUFFER, R.R.; SERRANO, C.V. Birthweight, Maternal age, and birth order: three important determinants in infant mortality. Pan American Health Organization, Scientific Publication, Washington, D.C., n.294, 1975. 42p.
35. REVISTA FEMINA, V.3, Jun.1974. p.328-335.
36. REVISTA VEJA. Riscos na Gravidez. Abril Cultural, n.993, 1987, p.63-71.
37. REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B. Doenças Infecciosas e Parasitárias. Aspectos Clínicos. In: Rezende, J. Obstetrícia, Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1987.
38. REZENDE, Jorge. Pré-Natal. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1982.
39. ROOPNARINESINGH, A.; ROOPNARINESINGH, S. Pregnancy in women over the age of forty. West Indian Med J. V.29, 1980. p.123-30.

40. ROTHEMBERG, Roberto E. Enciclopédia Médica Ilustrada para uso no lar - Guia Prático para boa saúde, V.2, 1979.
41. _____. Medicina e Saúde. São Paulo : V.6, 1971.
42. SAI, F.T. How does family planning contribute to family health? Hearing of the U.S. House Select Committee on Population. Draper Fund Report, V.7, 1979. p.19.
43. WALLACE, J. Ciclo Grávido Puerperal. Revista Saúde Pública, V.20, 1982. p.231-240.
44. WERNER, David; BOWER, Bill. Aprendendo e ensinando a cuidar da saúde. São Paulo : Paulinas, 1984.