

ASPECTO PREVENTIVO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTANTE PORTADORA DE SANGUE RH NEGATIVO *

** Edith de Figueiredo Domingues

*** Aurora Leiro Vilar Carvalho

RBEEn/09

DOMINGUES, E.F. e colaboradora — Aspecto preventivo da assistência de enfermagem à gestante portadora de sangue RH negativo. *Rev. Bras. Enf.*; DF, 32 : 303-315, 1979.

1. INTRODUÇÃO

A medicina atual, vem se caracterizando por contínuas modificações, por aquisição de conhecimentos novos, avanços na tecnologia, visando reduzir a interferência de múltiplos fatores, que condicionam ambiente inadequado, para o desenvolvimento fetal.

A isoimunização pelo sistema RH, é o exemplo típico, de uma das mais graves intercorrências maléficas, englobando-se na conceituação genérica, que caracteriza a “prenhez de alto risco materno-fetal”.

Impõe-se-nos a evidência de que, o setor preventivo, tem sido a principal linha de preocupação de todas as organizações médico-sociais do mundo. Graças às conquistas modernas, já existem métodos profiláticos assegurados à isoimunização, pelo emprego de um conjunto de medidas específicas, como passo de-

cisivo, reduzindo o nível de mortalidade perinatal de 30% para 10% (1).

Outro ponto importante, é que esta profilaxia deva ser efetuada antes de se iniciar o processo de sensibilização materna; pois que, uma vez deflagrado, torna-se irreversível.

Sendo várias as causas da isoimunização, esclarecemos que o nosso trabalho científico, é abrangente apenas à gestante do sistema RH negativo, responsável por 95% dos casos de acidentes a ele atribuídos (9). Caracteriza-se pela existência de aglutinogêneos nas hemácias e ausência de aglutininas naturais no plasma.

Analisaremos algumas medidas estabelecidas, para uma estrutura protetora da paciente vulnerável à doença, no decorrer da gravidez, parto e pós-parto. É válido reconhecer, que os principais responsáveis pela proteção, somos nós obstetras, que, dia-a-dia nos devemos aper-

* Tema livre apresentado no XXXI CBEEn — Fortaleza CE — 1979.

** Prof. Adjunto da UFBA — Enfermeira da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

*** Enfermeira Obstétrica da Maternidade Climério de Oliveira. — UFBA.

ceber da importância e extensão da problemática.

É o ambulatório pré-natal, o lugar por excelência indicado, para implantar precocemente e manter um vigilante esquema de atuação preventiva. Desnecessário seria dizer, que os melhores resultados são alcançados, através de um trabalho de equipe.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Difundir as diretrizes básicas preventivas, que devem nortear o atendimento pré-natal da gestante portadora de RH negativo, cujo conceito RH positivo, a torne vulnerável à isoimunização, considerando problema vital de saúde pública, que envolve os setores de assistência, ensino e pesquisa.

2.2. Específicos

2.2.1. Identificar as necessidades da enfermagem, participar ativamente no esquema de implantação e atuação dos programas relacionados à problemática.

2.2.2. Canalizar os esforços da enfermagem, com os de outras profissões, com base nas necessidades identificadas, para rastreamento, diagnóstico e terapêutica precoces de isoimunização, pelo sistema RH negativo.

2.2.3. Dar prioridade no atendimento da consulta de enfermagem às gestantes lábeis, considerando-as potencial em alto risco gravídico.

2.2.4. Elaborar um plano de assistência individual específico, com realce das necessidades afetadas, que procure esclarecer, tranquilizar e conquistar a colaboração da gestante assistida.

2.2.5. Objetivar as vantagens da reserva de um dia da semana para atendimento exclusivo das gestantes com sistema RH negativo, para individualização dos casos a serem observados, dis-

cutidos e analisados cuidadosamente, pela equipe especializada.

2.2.6. Divulgar a prática das medidas preventivas, através de trabalhos científicos e programas educativos da comunidade, para esclarecer os perigos da doença, as vantagens do diagnóstico e terapêutica precoces.

2.2.7. Lembrar aos responsáveis por chefia e administração nas maternidades, a importância do emprego obrigatório da gamaglobulina, nos casos indicados, em tempo oportuno, como meta prioritária profilática, de sensibilização posterior.

3. ANÁLISE ETIOPATOGÊNICA

Como elemento desencadeante na incompatibilidade sangüinea materno-fetal, intervêm anticorpos da gestante, específicos para antígeno, localizado nas hemácias do conceito. Neste caso, o conceito possui, fator hemático (RH), de herança paterna, ausente no organismo da gestante e capaz de imunizá-la, produzindo anticorpos específicos ao referido fator.

Geneticamente o sistema RH é um grupamento de vários antígenos, determinados por genes alelormorfos Cc, Dd, Ee, regidos por herança dominante mendeliana clássica (10). Assim há para cada par de genes RH, 3 possibilidades de composição gênica. Para o par Cc existe CC, Cc, cc. Para o par Dd similarmente — DD, Dd, dd. Para o par Ee também — EE, Ee, ee.

Como todo indivíduo possui em sua composição genotípica dois cromossomos com os genes RH, originados um do pai outro da mãe, ele será chamado RH positivo se possuidor do componente D (maiúsculo) podendo ser: *homozigoto* — quando tenha herdado dois cromossomos com D (maiúsculo) e será DD transmitindo apenas D (maiúsculo). *Heterozigoto* — quando herdado de um cromossomo D (maiúsculo) outro d (minúsculo)

transmitindo portanto cromossomos tanto D (maiúsculo) como d (minúsculo) Os desprovidos de D (maiúsculo) são RH negativo e sempre homocigoto para d (minúsculo).

O conhecimento genético é importante devido a existirem diferenças entre os potenciais antigênicos de cada uma de suas expressões fenotípicas. Assim, D (maiúsculo) é extremamente antigênico, muito mais do que C e E, sendo responsável por mais de 90% das imunizações seja em gestação, ou em acidente transfusional. O soro anti-D corresponde ao inicialmente nomeado anti RH, sendo o antígeno D o mais importante do sistema RH. O símbolo d (minúsculo) é empregado hoje para representar a ausência do fator D (maiúsculo) já que não foi possível determinar a existência de um soro anti-d.

4. FATORES DESENCADEANTES DA SENSIBILIZAÇÃO ANTIGÊNICA DOS GRUPOS SANGUÍNEOS

Pesquisa científicas afirmam, que em determinadas fases do CGP ou por influência de algum ato interveniente, eleva-se o índice de possibilidade de sensibilização materna, pela maior assiduidade com que as hemácias fetais penetram na circulação materna. Vejamos:

4.1. *Tipo de gestação.* Na gestação fisiológica há passagem de eritrócitos fetais para a mãe, em quantidade mínima. Entretanto, se há intercorrência de determinadas patologias clínicas ou obstétricas, esta possibilidade torna-se potencialmente acrescida. As principais são: Lues, diabetes, cardiopatias, hipertensão crônica, toxemias tardias, polihidrâmnio e principalmente DPP e PP.

4.2. *Interrupção da gravidez incipiente.* Tem sido apontada, responsável pela maior sensibilização, de modo especial os abortamentos provocados, seguidos de curetagem, gestações ectópicas ou molares. A frequência é 20% maior,

quando feita injeção intra-ovular da solução salina hipertônica, para abortamento provocado.

4.3 *Fase da gestação.* A penetração de eritrócitos fetais para a mãe, poderá ocorrer a partir da 12 a 16 semanas. Daí por diante, há aumento gradativo, pela ampliação da área placentária e redução da barreira entre os capilares fetais e o espaço intervilo. Conseqüentemente no 3.º trimestre tudo se agravará. Um dos mecanismos de transporte seria o desprendimento de vilosidades coriárias intactas (4).

4.4 *Fase do parto.* O mecanismo de trabalho de parte é fator desencadeante de maior transfusão feto-materna, devido a maior atividade contrátil uterina.

4.5 *Modalidade do parto.* Este, mesmo quando natural, se ocorrem manobras intempestivas sobre o fundo uterino, para expulsão fetal ou dequitação (Kristeller ou Credê), o problema é agravado. Será mais sério, nos partos distócicos, com intervenções cirúrgicas.

4.6. *Emprego do ocitócico.* É contraindicado no 3.º período do parto, antes do deslocamento e desprendimento placentar, devido à ação contrátil uterina, que aumenta a pressão vascular.

3. ESQUEMA DE ATUAÇÃO PRENATALISTA

Até 1940, quando foi descoberto o fator RH por Landsteiner e Weiner, 20 a 25% das gestações de mulheres sensibilizadas, terminavam em óbito fetal intra-uterino e 25 a 30% em morte neonatal (2). Hoje, tem sido possível salvar quase todos os recém-nascidos vivos, exceto os hidróticos e prevenir a maior parte das mortes intra-uterinas, mediante antecipação do parto, no momento preciso. É óbvio que, para isto ocorrer, a gestante deverá estar sob a vigilância do grupo de especialistas, vinculado ao pré-natal, para num tra-

balho de equipe, possibilitar a assistência específica, sobre a qual falaremos:

5.1. *Conduta assistencial conjugada.* Constará de procedimentos condizentes ao avanço dos métodos atuais. Dada a sua complexidade, é condicional a exigência de programação a ser cumprida, idêntica a uma clínica especializada de "alto risco".

É importante, nessa assistência conjugada, enfatizar a prática de alguns critérios, que nortearão a conduta a ser seguida:

a) Estipular um dia fixo da semana para o atendimento dessas gestantes, usando-se ficha especial padronizada.

b) Haver planejamento e distribuição das tarefas, com a equipe convencionalizada, facilitando o trabalho globalizado, a ser executado e aumentado a segurança de conclusão diagnóstica e da terapêutica precoce.

c) Aprazar as consultas subsequentes, com frequência de 15 em 15 ou até de 8 em 8 dias, a depender da necessidade do caso.

d) Utilizar uma etiqueta específica, no cartão de remarcação do retorno das consultas, na qual os dados contidos, facilitem a identificação, para encaminhamentos às instituições vinculadas.

e) Realizar testes específicos e exames complementares, em laboratórios criteriosos, para avaliação da maturidade e vitalidade fetal, orientando a conduta terapêutica a seguir.

f) Recorrer em caráter prioritário, às vagas disponíveis em outras instituições, para internamento intercorrente, sempre que necessário a indução do parto terapêutico prematuro, ou à termo.

g) Fazer entrosamento com as equipes que trabalham em sala de partos e berçário, para planejamento dos cuidados especiais imediatos, aos recém-nascidos das pacientes acompanhadas no pré-natal.

h) Esclarecer às gestantes atendidas e divulgar à comunidade, sobre o uso corrente da gamaglobulina no pós-parto, e outras orientações preventivas exequíveis.

5.2. *Assistência específica bilateral.* Esta deverá ser simétrica, isto é, envolvendo os dois cônjuges, com provável discordância sanguínea. Processado em duas fases: para evidenciar a incompatibilidade sanguínea do casal, e determinar uma possível isoimunização materna. Sabe-se que a incompatibilidade sanguínea de maior importância entre o casal, é no sistema ABO, quando a gestante é do grupo O e o marido A; pois, existe nítida preponderância dessa combinação, nos casos de DHPN (8).

O exame dos sangues do casal, não deve cingir-se a classificá-los em negativo e positivo, mas, ampliando a pesquisa, procurar os diferentes antígenos do sistema RH, que podem também determinar a DHPN.

Quanto ao cônjuge, o seu rastreamento fica impossibilitado às vezes, por interferências de preconceitos sociais, dificultando a tarefa, ou tornando-a irrealizável na sua totalidade. Quando lograda esta realização, mesmo que constatado pai RH negativo, (diferente do que se sabia), se faz necessário também, a pesquisa dos alelos C e E; pois, uma vez portador de um deles em dominância, considera-se o esposo verdadeiramente negativo, apenas para o alelo D. Sendo o pai RH positivo, faz-se a *genotipagem*; se homocigoto ou heterocigoto, para orientar os possíveis riscos de futuras gestações em mulheres sensibilizadas. No 1.º caso, os filhos do casal em 100% serão RH positivos. Se já houve sensibilização materna, todos os fetos nascerão atingidos. No 2.º caso, ocorre normalmente que 50% dos filhos, poderão ser RH negativo e não atingidos pela moléstia e apenas 50%, poderão ser afetados pela DHPN.

Quando o cônjuge for homozigoto os cuidados com a gestante se redobram:

a) *Na anamnese* — As primigestas serão investigadas das possibilidades de sensibilizações anteriores, ocasionadas por acidentes transfusionais. As multigestas além da história de hemoterapia, saber dos antecedentes de gestações anteriores.

b) *História menstrual* — Investigar com precisão a data exata da amenorréia, para diagnóstico seguro da idade da gravidez. Também são importantes as irregularidades menstruais e perdas sanguíneas.

c) *Antecedentes pessoais patológicos* — A presença concomitante de enfermidades é desfavorável para o prognóstico fetal.

d) *História obstétrica* — Na multipara é muito significativa a história pregressa das gestações anteriores. Como foram? Se fisiológicas ou não? Se terminaram em partos normais, operatórios, à termo, prematuros ou abortamentos? Se houve curetagem uterina? Gestação ectópica?

e) *Condições dos fetos* — Nasceram bem? Sadios ou doentes? Tomaram exsanguíneo transfusão? Houve natimortos? Fetos hidrópicos? A história de DHPN em fetos anteriores, há 30% de possibilidades de que a futura gravidez termine por parto de feto vivo (5).

f) *Evolução da gravidez* — Através da semiologia obstétrica, saber se o desenvolvimento fetal ocorre normalmente. A conduta terapêutica tem relação estreita com a idade da gravidez.

g) *Determinação dos anticorpos* — Logo diagnosticada, possível divergência sanguínea entre o casal, providenciar a realização do teste de Coombs indireto, desde a 22.^a semana de gestação. Laboratorialmente, este teste detecta a presença de anticorpos anti-RH no soro materno, havendo a possibilidade de identificá-los e titulá-los.

Resultado negativo — Repetir o teste com 28, 32, 36 e 40 semanas (7). Resultado positivo, fazer a titulação dos anticorpos (Coombs quantitativo quinzenal ou semnalmente). Na gestação em que há anticorpos e o título é inferior a 1:16 até o final, geralmente não há necessidade de outros exames subsidiários. Entretanto, se a titulação chega a 1:32 ou superior, exige seja conhecida a condição do feto, através do estudo do líquido amniótico. Para tanto, recorre-se aos métodos subsidiários mais esclarecedores como: dosagem espectrofotométrica da bilirrubina no L.A. obtido por amniocentese transabdominal. Permite o grau de sensibilização, através da curva de densidade ótica, resultante da presença de bilirrubina em concentração importante na amostra de líquido examinado.

Também são utilizados como recursos auxiliares: ultrassonografia, radiografia, dosagem de estriol e outros.

6. RECOMENDAÇÕES DE CARÁTER PREVENTIVO

Em Obstetria, qualquer medida que se proponha a prevenir a isomunização do fator RH, tem por objetivo primordial, evitar sangramento transplacentário e conseqüente passagem de hemácias fetais para a circulação materna. Fundamentada neste princípio, e nos fatores por nós apontados, como desencadeantes da sensibilização, concluímos as recomendações que se seguem:

6.1. *Fase pré-nupcial*. O exame compulsório nesta época, como ocorre em países mais desenvolvidos, seria utilíssimo para rastreamento e diagnóstico de casais com divergência sanguínea e possibilidade de gerar uma descendência RH incompatível. Assim, as atuações preventivas se instalariam precocemente, e as orientações aos interessados, teriam maior objetividade e repercussão benéfica (3).

6.2. *Fase da gestação.* Durante toda a gravidez, como meio preventivo de passagem das hemácias fetais para a mãe, é recomendável um suporte alimentar adequado, rico em vitaminas, sobretudo as cítricas, que terá ação benéfica sobre a permeabilidade capilar e melhorará o desenvolvimento do conceito.

Na gestação associada às anomalias clínicas ou obstétricas, esta preocupação deverá ser maior. Nas patologias citadas, anteriormente, que aumentam a sensibilização materna, cujo mecanismo de ação está ligado às lesões vasculares da placenta, a assistência preventiva, torna-se mais difícil de radicalização. Na maioria das vezes, consiste apenas, na prática de manipulações cautelosas e conduta de expectativa individualizada.

6.3. *Fase do parto.* Todos os seus períodos devem ser normais, o tanto quanto possível. As manobras intempestivas, devem ser proscritas.

6.4. *Durante a dequitação.* Não usar o esporão do centeio e abolir a tração do cordão umbelical. Após a secção do funículo, deixar fluir o sangue pela parte materna, o que além de diminuir o seu volume, baixa a pressão no interior da placenta e reduz a transfusão feto-materna. Alguns anestésicos, que levam a musculatura uterina a um grande relaxamento, são contraindicados. O éter, o ciclopropano e fluotano, devem ser abolidos, preferindo-se outros, que não possuam esta ação sobre a miométrio.

6.5. *No puerpério.* O advento da imuno-globulina humana específica anti-RH, constitui, uma das maiores conquistas preventivas deste século, pela erradicação de um problema patológico, antes incontrolável.

Faz-se uso da fração gamaglobulina liofilizada, altamente purificada, obtida de soros humanos, com elevado teor de anticorpos anti-RH (D). É indicada nas

puerperas RH negativo d (minúsculo) não sensibilizadas, que pariram produto RH positivo. Aplicada como soroterapia protetora, em injeção intramuscular e dose única de 300 microgramas, o mais breve possível após o parto ou abortamento. Previne a isoimunização materna, em quase todos os casos, exceto na rara eventualidade de grandes sangramentos. Afirma-se que, o uso de 100 microgramas protege 93,3%, seu aumento para 200, elevará a 99,5% e para 300 microgramas melhorará o índice de apenas mais 2 de mil puerperas RH negativo (6).

A administração da droga não deve ultrapassar a 72 horas, pois além deste tempo, os macrófagos já podem metabolizar o Ag (RH positivo fetal) e transmitir a informação aos linfócitos, tornando nula a sua ação. Tem contra-indicação em mulheres de RH negativo sensibilizadas.

É completamente destituído de fundamento, chamar-se de IgG anti-RH-D de vacina, pois o seu modo de atuar é tipicamente de anticorpos fornecidos (passivos), desenvolvendo um estado de imunização transitória, à semelhança de um soro imune.

As comprovações de eficiência do uso de IgG anti-RH-D, podem ser feitas nas 24 a 48 horas subsecutivas à sua aplicação, pela ausência de hemácias fetais no organismo materno, (prova de Kleihauer negativa), que permite avaliar o volume de sangue feto-materno transfundido, e também pela presença de anticorpos anti-RH passivamente adquiridos (prova indireta de Coombs positiva). Novos exames devem ser realizados 6 meses após o parto, quando a pesquisa de anticorpos anti-RH, deverá ser negativa.

O mecanismo de proteção, 99% eficiente, aparentemente se baseia, num bloqueio dos antígenos, absorvidos pelas hemácias fetais, presentes na circulação materna (10).

7. METODOLOGIA

O trabalho foi realizado em Salvador-Bahia, tendo-se como universo 50 pacientes matriculadas no pré-natal da M.C.O. da Universidade Federal da Bahia.

7.1. *O critério seletivo* da amostra populacional, constou de gestantes portadoras do sistema RH negativo, em bom estado físico e mental e condições de manter entrevista.

7.2. *Técnicas utilizadas.* A predominância de pacientes alfabetizadas e de nível primário, desaconselhou o uso

de questionário, para levantamento dos dados estatísticos. Outro motivo da opção pelo formulário, foi o interesse do contato direto com as gestantes, para segurança maior dos informes pessoais, e reduzir as interpretações errôneas. As perguntas foram fechadas e abertas para enriquecer a comunicação. As entrevistas, foram realizadas pelas autoras, tendo colaboração das estudantes, que na época, cursavam a disciplina Enfermagem Obstétrica I.

7.3. *Variáveis estudadas.* Achar-se discriminadas nas tabelas anexas, que se seguem:

TABELA I

FAIXA ETÁRIA	RESULTADOS	
	N.º DE CASOS	%
De 15 a 20 anos	09	18
De 21 a 30 anos	32	64
De 31 a 40 anos	08	16
De mais de 40 anos	01	02
TOTAL	50	100

Nesta tabela I, verifica-se aumento de n. de casos, no grupo etário de 21 a 30 anos, faixa correspondente a maior fertilidade.

TABELA II

COR	RESULTADOS	
	N.º DE CASOS	%
Branca	06	12
Negra	23	46
Parda	21	42
TOTAL	50	100

A tabela II é expresiva para demonstrar que, há predominância de RH negativo na raça negra, porém a miscigenação, concorre para reduzir essa quota.

TABELA III

ESTADO CIVIL	RESULTADOS	
	N.º DE CASOS	%
Casada	29	58
Solteira	21	42
TOTAL	50	100

Esta tabela III patenteia, que o número avultado de mãe solteira, dificultou o rastreamento dos cônjuges em nossa pesquisa.

TABELA IV

OCUPAÇÃO	RESULTADOS	
	N.º DE CASOS	%
Empregada doméstica	05	10
Prendas domésticas	34	68
Funcionária	05	10
Costureira	02	04
Outros	04	08
TOTAL	50	100

Na tabela IV, tivemos um percentual maior de ocupação em prendas domésticas, desproporcional às demais, com interpretação significativa, mais do aspecto social, que do científico.

TABELA V

NÍVEL DE ESCOLARIDADE	RESULTADOS	
	N.º DE CASOS	%
Superior	01	02
Secundário	04	08
Primário	35	70
Alfabetização	10	20
TOTAL	50	100

Esta tabela V evidencia maior percentual de baixo nível de escolaridade, exigindo conseqüentemente, abordagens científicas simplificadas e rudimentares, para divulgação do assunto.

TABELA VI

PROCEDÊNCIA	RESULTADOS	
	N.º DE CASOS	%
Capital	12	84
Interior	02	04
Subúrbio	06	12
TOTAL	50	100

A tabela II revelou maior número de gestantes da capital, visto ser o nosso atendimento mais abrangente, à zona periférica da maternidade.

TABELA VII

FASE DA MATRÍCULA	RESULTADOS	
	N.º DE CASOS	%
1.º trimestre	21	42
Início do 2.º trimestre	20	58
TOTAL	50	100

Esta tabela VII mostra os maiores percentuais de matrícula no 1.º trimestre e início do 2.º, com exclusão absoluta no 3.º. É o resultado da divulgação de um dos requisitos de acesso ao nosso pré-natal, que se propõe com isto, também educar a gestante a se matricular precocemente para garantir ao conceito, maior segurança profilática, na fase organogênica.

TABELA VIII

GESTAÇÃO	RESULTADOS	
	N.º DE CASOS	%
Primigesta	25	50
Secundigesta	12	24
Tercigesta	08	16
Multigesta	04	08
Grande multigesta	01	02
TOTAL	50	100

A tabela VIII constata declínio sucessivo de multigestas com RH negativo, matriculadas no pré-natal; evidenciando que, as pacientes susceptíveis ou já sensibilizadas, recorrem geralmente aos métodos anticoncepcionais.

TABELA IX

PARIDADE	RESULTADOS	
	N.º DE CASOS	%
Nulípara	17	34
Primípara	14	28
Secundípara	10	20
Tercípara	05	10
Multípara	04	08
TOTAL	50	100

Na tabela IX o número de paridade, comprova resultado idêntico, ao obtido, quanto à gestação. Decréscimo sucessivo de casos de RH negativo, para o aumento do número de partos ocorridos.

TABELA X

INCIDÊNCIA DE TIPAGEM	RESULTADOS	
	N.º DE CASOS	%
Grupo A	19	38
Grupo B	04	08
Grupo AB	01	02
Grupo O	26	52
TOTAL	50	100

A tabela X assegura que, dentre as gestantes selecionadas para pesquisa houve predominância dos tipos sanguíneos O e A.

TABELA XI

CONDIÇÕES DO ACOMPANHAMENTO	RESULTADOS	
	N.º DE CASOS	%
Bem seqüenciado	31	62
Irregular	10	20
Interrompido	07	14
Sem acompanhamento	02	04
TOTAL	50	100

Nesa tabela XI vê-se que a problemática clínico-sócio-econômica é uma constante nos serviços de saúde. A não conscientização das gestantes sobre os perigos que correm, resulta em fuga da vigilância pré-natal e a ausência do serviço de visita domiciliar, impede de serem convocadas.

TABELA XII

CONHECIMENTO DA SOROTERAPIA ESPECÍFICA	RESULTADOS	
	N.º DE CASOS	%
Ignora	36	72
Ouviu falar	10	20
Já tomou	04	08
TOTAL	50	100

A tabela XII evidencia em nosso meio, uma pequena divulgação e pouco esclarecimento das interessadas, sobre a soroterapia específica.

TABELA XIII

REALIZAÇÃO DE COOMBE INDIRETO	RESULTADOS	
	N.º DE CASOS	%
Negativo	35	70
Positivo	05	10
Não realizado	10	20
TOTAL	50	100

A tabela XIII demonstra a possibilidade mínima de sensibilizações das pacientes acompanhadas, devido ao maior percentual de Coombs indireto.

8. CONCLUSÕES

Do exposto deduz-se que, o setor preventivo da isoimunização, já conta com recursos específicos, que surgiram como passo decisivo, na redução do índice de mortalidade perinatal, pelo emprego de medidas impedoras da sensibilização antigênica, dos grupos sanguíneos materno-fetal.

Para alcançar esse objetivo profilático, depende basicamente da importância atribuída ao intercâmbio anátomo-funcional, por nós considerado:

De um lado, temos a isoimunização, constituindo patologia grave com risco de vida, sobretudo, para o feto, ocasionando abortamentos ou nascimentos de conceptos, que não terão adequado desenvolvimento no decorrer da vida. Do outro lado, a perspectiva moderna, que

a torna possível de ser erradicada, em curto prazo, se estabelecida uma estrutura protetora da gestante vulnerável à doença. Isto possibilitará ao ovo, prosseguir o seu desenvolvimento sem causas ambientais, que por diferentes mecanismos, venham deturpá-lo ou prejudicá-lo, em sua evolução psicossomática, nas várias etapas.

Aos prenatalistas, enfermeiros e médicos, cabe uma das maiores responsabilidades neste âmbito, no sentido de liderar e catalizar as diligências condizentes à solução da problemática (3). Inclui-se, a divulgação e alerta à gestante assistida, dos perigos que corre, incluindo-a como participante ativa, vigilante, das tarefas de caráter assistencial recebidas, para evitar susceptibilidades, passíveis de correção, em futuras gestações. É fundamental a obser-

vância do entrosamento entre as equipes de medicina especializada, instituições hospitalares e ambulatoriais, para esquematização de um sistema de trabalho, que possibilite em tempo oportuno e simultâneo, atender aspectos obstétricos e imunoterapêuticos, impossíveis de serem dissociados. (3).

Das conclusões literárias sobre o assunto, lamentavelmente, parece ainda muito alta, em nosso meio, a incidência da isoimunização. Sem dúvidas, resultantes da fragmentação das medidas de assistência a este grupo de "alto risco", ou até mesmo, por negligência, descuido e falta de instrução dos interessados, sobre o assunto.

Doravante, o que nos resta, será apenas uma conjugação de esforços por parte dos responsáveis, alertados quanto à relevância e alcance do objetivo, para que se venha a conseguir, em relação à profilaxia da imunização materna ao fator RH, os mesmos resultados, que se alcançam na prevenção de outras enfermidades. Por questões econômicas e humanísticas, o setor preventivo, é meta prioritária médico-social. Em função das necessidades comunitárias, esta afirmação nos leva a reconhecer, que o contexto sanitário-brasileiro dos dias atuais, já comporta a exigência de ser também incluído no âmbito geral da medicina preventiva, a isoimunização, como fator de risco para mãe e filho. Na nossa população, a maioria está incluída na distribuição sócio-econômica, demarcada por situação de inferioridade, com problemas de pobreza, desnutrição, ignorância e desamparo, e que nossos padrões culturais relegam a mulher nas faixas economicamente desfavorecidas. Isto significa dizer, tratar-se de um setor, que não pode ser deixado por conta da iniciativa particular, dadas as condições peculiares do nosso país. Conseqüentemente em futuro próximo, esperamos que este assunto asse para os domínios

da saúde pública, ou da medicina preventiva, que assumirá tanto a aquisição, quanto a aplicação da LgG, às pacientes indicadas. Razões econômicas, não justificam omissões no seu emprego, visto ser medida vital de indiscutível alcance profilático, que põe em jogo o futuro da humanidade.

9. RESUMO

As autoras analisam os principais aspectos dos recursos preventivos de sensibilização antigênica, dos grupos sanguíneos materno-fetal, já consagrados em obstetria.

Enumeram, as razões de ordem imperativa, de serem os mesmos utilizados de modo correto, visto se tratar de uma patologia de conseqüências tão graves, antes incontrolável, por recursos terapêuticos existentes.

Chamam a atenção para os fatores desencadeantes da sensibilização sanguínea materno-fetal.

Salientam os setor pré-natal como o lugar por excelência indicado, para implantação do esquema assistencial de atendimento específico, através do rastreamento, diagnóstico e terapêutica precoces.

Idealizam um sistema de trabalho em equipe de modo, que os cuidados à gestante sensibilizada, decorram da maneira mais conveniente possível, atendendo-se aos aspectos obstétricos e imunotransfusionais, às vezes simultâneos e na maioria dos casos impossíveis de serem dissociados.

SUMMARY

The authors analyse the principal points of the antigenic sensibilization of the maternal-fetal blood groups, already established in obstetrics. They list the reasons, in order of importance, for use in the correct way, since the

pathological consequences, until now uncontrollable, by existing therapeutics, are so serious.

They call attention to the predisposition factors of maternal-fetal blood sensibilization.

They emphasize the importance of the ante-natal care as the best place to introduce a scheme of specialized screening to follow up, to make an early

diagnosis and introduce a therapeutic at an early stage.

They suggest a system work as a team in such a way care of the sensitized pregnant woman can be followed up as conveniently as possible, paying attention to the aspects of obstetrics and immunotransfusion, which at times simultaneously and in the great majority of cases, are inseparable.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BIANCALANA, Arthur e CAROLI, José Vicente O. Incompatibilidade sanguínea materno-fetal. In: PEI-Paulo, Manole, 1979, p. 407-19. XOTO, Sergio. *Pré-natal*. São
2. BOTELLA LLUSIA, José. Embriopatias. In: ———, *Tratado de ginecologia, patologia obstétrica* 11. ed., Barcelona, Científico-Médica, 1978. V.2, p. 355-74.
3. DOMINGUES, Edith de Figueirêdo. *Papel do enfermeiro no ambulatório pré-natal; sua ação no processo do desenvolvimento comunitário atual*. Salvador, 1976 — 26 p, confa. do II Encontro de Enfermeiros de Saúde Pública.
4. FERREIRA, Humberto Costa. O fator RH imunossupressão específica. In: NENA, Bussamara. *Atualização Obstétrica*. S. Paulo, Manole, 1975. V. 1, p. 98-99.
5. HERSZENHUT, E. P. et alli. Da incompatibilidade RH R. *Med. Est. Guanabara*. 10(1):9-28, 1973.
6. KLOETZEL, Kurt. Imunoglobulinas humanas contra o fator RH. In: *As Bases da Medicina preventiva*. S. Paulo, Edort, 1973. p. 196-198.
7. MELLONE. Gravidez de alto risco e isoimunização materna pelo fator RM Mater. e Inf. 33 (1): 89-100, Jan/mar. 1974.
8. MONTELEONE. P. P. R. Orientação prática e atual da gestante Rh negativa *Ara Curandi* 4 (11): 43-54, Jun. 1972.
9. PINTO, S. & CYMBALISTA, N. Prevenção da isoimunização RH através do emprego da imunoglobulina. *Clin. Geral* 2 (9): 31-40 Out. 1975.
10. RESENDE, Jorge de Doença hemotítica perinatal In: ———, *Obstetria fundamental*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan 1977. p. 399-410.