

Tema de actualização

Viagens de grávidas e recém-nascidos

L. Varandas¹ e M. Teresa Neto²

¹Unidade de Infecçiology

²Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

Mais de um bilião e meio de pessoas viaja, por ano, de avião em voos domésticos e internacionais, entre elas grávidas e recém-nascidos (RN). De facto, as viagens comerciais não constituem, no geral, perigo para a grávida e feto ou RN. No entanto, viajar está sempre associado a algum *stress* – a confusão do aeroporto, a turbulência e falta de espaço no avião, variações de temperatura e humidade, *jet lag*, etc. Se tudo isto é, habitualmente, bem tolerado pela grávida e RN, pode por vezes originar situações desconfortáveis¹.

A altitude atingida nos actuais voos comerciais provoca despressurização no interior do avião com diminuição da PO₂ do ar ambiente para cerca de 15%, o que corresponde, aproximadamente, a uma altitude de 1.800 a 2.400 metros. Estas alterações provocam uma descida da saturação em oxigénio da hemoglobina para cerca de 90% e expansão de gases nas cavidades corporais. Esta descida na saturação da hemoglobina não afecta as trocas de oxigénio mãe-feto, nem no RN, uma vez que a hemoglobina fetal tem maior afinidade para o O₂².

A expansão de gases poderá causar desconforto abdominal. A grávida deve evitar alimentos produtores de gases nos dias anteriores à viagem e não deve ingerir bebidas gaseificadas durante a viagem. O RN poderá ter mais cólicas, pelo que se recomendam as habituais manobras de alívio das mesmas³.

Na subida, a diminuição da pressão no interior da cabina promove saída de ar do ouvido médio que é, habitualmente bem tolerado, mesmo pelo RN.

Abreviaturas

Td: vacina antitetânica e diftérica atenuada.

VPI: vacina antipoliomielite inactivada.

DEET: N, N-dietil-meta-toluamida.

VASPR: vacina anti-sarampo, papeira e rubéola.

No entanto, na descida, o mesmo ar necessita de efectuar o trajecto inverso para igualar as pressões, o que pode ocorrer com maior dificuldade, sobretudo em situações de obstrução nasal. Assim, deve efectuar-se limpeza das fossas nasais com soro fisiológico antes da descolagem ou aterragem e, durante as mesmas, oferecer peito, um biberão de leite ou a chupeta, uma vez que a sucção e deglutição ajudam a manter valores iguais da pressão do ouvido médio e do ar ambiente. A grávida poderá mascar chicletes, beber líquidos e efectuar a tradicional manobra de Valsalva. O uso de vasoconstritores nasais poderá, também, ser útil.

A humidade da cabina varia entre 5-15%, o que pode provocar irritação ocular e secura da mucosa oral com falsa sensação de sede e consequente tendência para ingestão de líquidos em excesso.

A imobilização prolongada pode originar a formação de trombos nas veias profundas dos membros inferiores, sobretudo se existirem factores predisponentes como é o caso da gravidez. Esse risco pode ser minorado com algumas atitudes durante o voo. A bagagem de mão não deve ser colocada no chão ou assento da frente, pois pode limitar os movimentos das pernas. A grávida deve efectuar movimentos de flexão e extensão dos membros inferiores enquanto está sentada e, sempre que possível, a cada uma a duas horas, deve levantar-se e andar. Não se recomenda o uso de indutores do sono, mas sim procurar a melhor posição para dormir. Manter uma boa hidratação ajuda a diminuir o risco de formação de trombos. Bebidas com álcool, café ou chá aumentam a diurese e não são aconselhadas. Poderão usar-se meias de descanso e, se considerado necessário pelo obstetra, medicação antiagregante/anticoagulante (por ex. aspirina ou fraxiparina)⁴.

O cinto de segurança deve estar sempre colocado quando estiver sentada. A roupa deve ser larga e confortável, assim como os sapatos.

A OMS recomenda que, após as 28 semanas de gestação, a grávida seja portadora de uma carta com informação sobre a data provável do parto e de que a gravidez é normal. No entanto, não desaconselha viagens até às 36 semanas se a gravidez for de feto único, ou até às 32 semanas se a gravidez for gemelar. Apesar destas recomendações, todas as companhias aéreas têm a sua política de viagens em relação às grávidas, pelo que é aconselhável no momento da reserva informar que está grávida e o respectivo tempo de gestação. Algumas companhias poderão exigir informação

Quadro 1. Vacinas durante a gravidez

Podem ser administradas	Sem dados disponíveis/ considerar risco individual	Contra-indicadas
Hepatite B, Td, VPI, <i>Influenza</i> , meningite meningocócica polissacarídea, pneumocócica polissacarídea, febre tifóide	Hepatite A, encefalite japonesa, raiva, cólera, febre amarela	VASPR, varicela, BCG

médica ou preenchimento de questionários específicos, e o tempo de gestação permitido poderá ser diferente para viagens domésticas ou internacionais. A TAP poderá permitir voos curtos em caso de gravidez gemelar depois da 32.^a semana, mediante parecer obstétrico⁵.

Anemia, história anterior de tromboembolismo, anomalias placentares, hemorragia, pré-eclâmpsia, restrição de crescimento intra-uterino e risco de trabalho de parto prematuro são contra-indicações relativas das grávidas às viagens de avião.

Quando se viaja para algumas regiões, poderá estar indicada a administração de algumas vacinas antes da viagem. De uma forma geral, as vacinas à base de toxóides ou polissacáridos, com microrganismos mortos ou inactivados, podem ser administradas durante a gravidez (Quadro 1). No entanto, para muitas delas não existem dados de segurança disponíveis. Vacinas com organismos vivos estão habitualmente contra-indicadas. As excepções poderão ser a vacina antipoliomielite oral e a febre amarela. Esta última, segundo a OMS, poderá ser administrada após o 6.^o mês em situações de risco muito elevado^{2,3,6}.

Em regiões endémicas de malária, a grávida deverá ter em atenção todas as medidas que diminuam o contacto com o mosquito vector, entre elas, procurar permanecer em casa entre o anoitecer e o amanhecer, usar roupa com manga comprida e calças, pernoitar em casas com ar condicionado, usar mosquiteiros impregnados com permetrina e repelentes à base de DEET. Além destas medidas, poderá efectuar, durante toda a gravidez, quimioprofilaxia com cloroquina (áreas sem cloroquinorresistência) ou cloroquina-proguanil (em áreas com escassa cloroquinorresistência). Em áreas de cloroquinorresistência,

poderá usar mefloquina no 2.^o e 3.^o trimestres de gravidez⁴⁻⁶.

Recém-nascidos saudáveis podem viajar após os sete dias de vida. Prematuros e RN com história de dificuldade respiratória no período neonatal deverão ser avaliados antes da viagem. A TAP poderá permitir a viagem de RN entre os três e os sete dias de vida mediante autorização médica. Nos casos em que tenha de ser feito o transporte em incubadora, por indicação médica, só pode ser usado o mod. Globe Trotter-100, sendo o acompanhamento por profissional de saúde obrigatório.

Os RN deverão efectuar as vacinas BCG e anti-hepatite B. Em casos especiais, poderá efectuar-se a vacina antipoliomielite oral. A quimioprofilaxia da malária no RN só poderá ser feita com cloroquina ou cloroquina-proguanil, mas apenas em áreas sem ou com baixos índices de cloroquinorresistência. O uso de repelente está contra-indicado.

Bibliografia

1. Bia FJ. Medical considerations for the pregnant traveler. *Infect Dis Clin North Am.* 1992;6:371-88.
2. Carroll ID, Williams DC. Pre-travel vaccination and medical prophylaxis in the pregnant traveler. *Travel Med Infect Dis.* 2008;6:259-75.
3. Carroll ID, Van Gompel A. The pregnant wilderness traveler. *Travel Med Infect Dis.* 2005;3:225-38.
4. Cooper MC. The pregnant traveller. *Travel Med Infect Dis.* 2006;4:196-201.
5. Koren G, Matsui D, Bailey B. DEET-based insect repellents: safety implications for children and pregnant and lactating women. *CMAJ.* 2003;169:209-12.
6. McGready R, Ashley EA, Nosten F. Malaria and the pregnant traveller. *Travel Med Infect Dis.* 2004;2:127-42.

Outras fontes de informação (acesso Outubro, 2008)

www.asma.org
www.oms.int
www.cdc.gov