

Vigilância na Gravidez

Estudo Hospitalar 2003

Grupo Coordenador: Luísa Lopes, Raquel Reis (MJD); Conceição Casanova (CHPV); Virgínia Monteiro (HOA); Isilda Fernandes (HF); Fátima Simões (HV), Rosa Almerinda (HA); Isabel Cunha (HB).

Colaboradores: Elisabete Coelho, Carlos Sistelo, Márcia Ferreira, Margarida Pontes, Sandra Rodrigues (CHPV/VC); Manuela Francisca, Susana Archer (HSM); Helena Ramalho, Carla Carvalho, Sandra Rocha, Licínia Lima, Ana Reis (HSMM); Ana Rita Araújo, Susana Figueiredo (HSL); Márcia Azevedo, Álvaro Sousa (HDST); António Carlos Borges, Cláudia Pedrosa, Margarida Gameiro (HOA); M.^a Céu Andrade, M.^a Lucília Vieira, M.^a Amélia Fernandes, (HDA); Carlos Alberto Silva (HDF); Raquel Reis, Henrique Nogueira, Ana Guedes, Alexandra Almeida, Alice Paupério (MJD).

RESUMO

O presente estudo pretende avaliar a repercussão do adequado seguimento da gravidez relativamente à sua evolução e à morbi-mortalidade do recém-nascido.

MATERIAL E MÉTODOS

Os autores fizeram um estudo prospectivo dos casos de grávidas que terminaram a sua gravidez entre 1 de Março e 31 de Maio de 2003 e dos recém-nascidos nascidos nesse período. Participaram nove hospitais (MJD, CHPV, HOA, HF, HA, HBraga, CHAM, HB, HDST) Esta população de grávidas foi distribuída em três grupos relativamente ao tipo de vigilância pré-natal, em que o critério foi o n.º total de consultas efectuadas durante a gravidez mas tendo em consideração a data da 1ª consulta e as gestações que terminaram prematuramente: GBV (Gravidez Bem Vigorada); GMV (Gravidez Mal Vigorada) e GNV (Gravidez Não Vigorada). Em cada grupo foram analisados **dados maternos**: idade, paridade, Graffar, n.º consultas, data da 1ª consulta, local das consultas, patologia materna, toxicod dependência, hábitos alcoólicos e tabágicos, serologias (VDRL, AgHBs, TOXO, Rubéola, CMV, HIV, HCV) e ecografia obstétrica com translucência da nuca (1ª Eco 11-13s; 2ª Eco 20-22s; 3ª Eco 28-32s) segundo protocolo da ARS, rastreio bioquímico, amniocentese, patologia gestacional, tipo parto e dados do **recém-nascido**: idade

gestacional (IG), relação peso/IG, morbilidade, mortalidade e evolução.

No global foi efectuada a análise de 3712 gestações das quais resultaram: 3716 recém-nascidos vivos, 11 nados-mortos, 14 interrupções médicas da gravidez e 12 abortamentos tardios. Relativamente ao tipo de vigilância verificou-se a seguinte distribuição: GBV – 2894 (78%); GMV – 661 (18%) e GNV – 157 grávidas (4%). No grupo etário ≤ 17 anos, a gravidez foi bem vigorada em 66% e mal vigorada em 24% dos casos; já no grupo ≥ 35 anos 80% foram GBV e 4% GNV. A primiparidade correspondeu a 48% das gestações e 80% destas, tiveram boa vigilância. As consultas foram efectuadas de modo global no: CS – 30%, CS+H – 23% e 11% no H. Sem qualquer consulta houve 42 casos ou seja 1% do total das grávidas. Das 3446 gestações de termo, 413 (12%) foram GBV e cumpriram o protocolo de avaliação serológica e ecográfica preconizado pela ARS para a vigilância da gravidez. No grupo de GBV 18% (532/2911 nado-vivos) dos recém nascidos tiveram patologia e 0,2% (7/2911) faleceram (1 com cardiopatia e 3 por prematuridade extrema).

Constata-se que cerca de 22% (GMV 18%, GNV 4%) das gestações são mal ou não são vigradas. A adolescência é um dos factores que influencia o tipo de vigilância pois foi neste grupo etário que se verificou menor taxa de GBV (66%). As mães com ≥ 35 anos foram de um modo global as mais cuidadas com a sua gravidez (GBV em

80%). O factores multiparidade e más condições sócio económicas influenciam negativamente (GMV e GNV) a qualidade da vigilância (35% das grandes múltiparas e 29% das grávidas economicamente mais desfavorecidas Graffar IV e V, respectivamente). A maioria das grávidas (53%) foi seguida em consultas só no CS ou CS e Hospital e, 82% das que foram seguidas no CS e H foram bem vigradas. No entanto apenas 12% das gestações de termo cumpriram o protocolo estabelecido para a adequada vigilância da gravidez.

O facto da gravidez não ser vigrada aumenta a morbilidade e mortalidade neonatais (no grupo GNV 29% do total de recém-nascidos tinham patologia e destes, 51% eram pré-termo;). A mortalidade neonatal é mais elevada nos grupos GNV e GMV com 1,4% e 0,3% respectivamente.

A gravidez envolve riscos para a mãe e para o RN, sendo necessário programar a assistência pré-natal de modo a minorar estes problemas. A vigilância e a prestação adequada de cuidados pré-natais, permite a sua evolução favorável.

Nascer e Crescer 2003; 12 (4): S298

AGRADECIMENTOS

A todos os colegas que colaboraram na recolha e informatização dos dados os nossos agradecimentos.