

Utilidade do Boletim de Saúde da Grávida para a Avaliação do Recém-Nascido.

MARIA JOANA SALDANHA

Unidade de Neonatologia. Clínica Universitária Pediátrica. Hospital de Santa Maria. Lisboa

Resumo

O Boletim de Saúde da Grávida (BSG) é um instrumento de registo dos dados colhidos durante a gravidez, com informações da maior relevância para o seguimento da grávida e do recém-nascido, sendo fundamental o seu preenchimento cuidadoso e a motivação do seu uso pela grávida e pelos serviços de saúde. Este trabalho teve como objectivo realçar a necessidade da existência de um meio de comunicação entre o médico da grávida e o do RN, verificar numa pequena amostra a correcção do preenchimento dos itens do BSG mais relevantes para o pediatra, e ainda documentar a sua evolução após um intervalo de 7 anos.

Foram inquiridas por meio de uma amostra de conveniência puérperas internadas na Maternidade do Hospital de Santa Maria em Lisboa em dois períodos distintos separados por 7 anos (1996 e 2003). Verificou-se se possuíam BSG, a correcção do registo de vários itens considerados pertinentes para a avaliação do recém-nascido durante o parto e no post-parto imediato e registaram-se outros exames complementares efectuados na gravidez. Na análise estatística foi utilizado o teste do Qui quadrado.

Foram inquiridas 120 puérperas em 1996 e 118 em 2003, possuidoras de um BSG em 75% e 94,9% dos casos respectivamente. Comparando-se os dois períodos verificou-se que houve uma evolução positiva e estatisticamente significativa em relação ao número de grávidas portadoras de BSG e na qualidade do seu preenchimento nomeadamente em relação a itens como hábitos tóxicos, determinação do grupo de sangue, VDRL, serologias para a toxoplasmose e virais.

Um registo de dados fiável e completo permite uma abordagem correcta de cada recém-nascido e possibilita a tomada imediata de decisões fundamentais para a preservação da sua saúde e bem-estar.

Palavras-chave: Vigilância da gravidez. Registo de dados. Boletim de Saúde da Grávida. Recém-nascido

Summary

Relevance of a Pregnancy Health Record to the Evaluation of a Newborn

The Pregnancy Health Record (PHR) as a record of clinical information acquired during the pregnancy is a fundamental resource in the initial evaluation of the newborn. To emphasize its importance, we evaluated the adequacy and thoroughness of the clinical information registered in the PHR and its evolution in a period of 7 years. We performed an inquiry of a convenience sample of puerperal women admitted in the Nursery of Hospital de Santa Maria in Lisbon in two distinct periods (1996 and 2003). We registered if the mother had a PHR, the adequacy of the registration of several items considered important to the newborn evaluation during delivery and the post-partum and other ancillary exams done during the pregnancy. The statistical analysis was performed with the chi-square test. We inquired 120 puerperal women in 1996 and 118 in 2003. They had a PHR in 75% and 94,9% of cases, respectively. Comparing the two periods of time we verified a very significant evolution concerning the number of women possessing a PHR and the quality of its contents namely registration of toxic habits, the blood group, VDRL, and serology for toxoplasmosis and viral diseases.

We stress the vital importance of an adequate record of relevant clinical information acquired during pregnancy in the PHR in a way that it is readily available in the initial evaluation of the newborn, so that immediate measures can be taken that preserve his health and well being.

Key-words: Pregnancy care. Pregnancy health record. Newborn.

Introdução

Para que se possa proporcionar à grávida e futura mãe as melhores condições para o desenvolvimento presente e futuro do seu filho esta deve frequentar consultas de vigilância da gravidez. O que dantes era deixado ao destino e confiado à sorte, hoje em dia poderá em parte ser diagnosticado e resolvido medicamente. Embora essa actuação

possa consistir apenas na detecção e correcção de pequenas alterações, estas podem ser cruciais para o nascimento de uma criança saudável.

A Obstetrícia actual muito tem feito neste capítulo, e a progressiva diminuição da baixa de mortalidade perinatal é fruto não só de grandes avanços no campo da Neonatologia mas também dos cuidados prénatais prestados à grávida e ao feto. Nos últimos anos tem havido progressos obstétricos notáveis nomeadamente na profilaxia da transmissão vertical dos vírus da imunodeficiência humana 1 e 2 (VIH 1 e 2), da infecção neonatal precoce por *Streptococcus* do grupo B (*Strepto* B) e na maturação pulmonar dos fetos em risco de prematuridade ⁽¹⁻⁴⁾. Estas mudanças de protocolos e atitudes são uma realidade em constante transformação, embora nem sempre se concretizem simultaneamente dada a multiplicidade de locais e agentes médicos que vigiam as grávidas. Por outro lado tem havido nos últimos anos uma melhoria dos indicadores quantitativos respeitantes aos cuidados pré-concepcionais, pré e perinatais, com nomeadamente mais de 80% das gravidezes com esquemas de vigilância considerados adequados, sendo crucial a aposta na qualidade dos serviços prestados ⁽⁵⁾.

O Boletim de Saúde de Grávida (BSG) ⁽⁶⁾ é muito importante como veículo de transmissão de dados. No actual contexto assistencial dos nossos hospitais não é usual que o obstetra ou clínico geral que vigiam a gravidez venham a trocar informações com o pediatra que irá avaliar o recém-nascido (RN) nos primeiros dias de vida e ainda menos com o médico que o irá seguir até ao fim da adolescência. Como só raramente o processo clínico de uma grávida a acompanha para a sala de partos e as chamadas rotinas pré-natais variam (ainda) consoante quem as prescreve e o seu cumprimento com a motivação de cada grávida, nem sempre o pediatra tem disponível, idealmente antes do parto, os dados necessários à avaliação completa do RN.

Segundo directiva da Direcção-Geral de Saúde o BSG deverá ser sempre fornecido e iniciado o seu preenchimento na primeira consulta de vigilância de gravidez e actualizado nas subsequentes ^(7,8).

O presente trabalho teve como objectivo realçar a necessidade da existência de um meio de comunicação entre o médico da grávida e o do RN, ter uma ideia factual acerca da utilização do BSG e da qualidade de registo dos itens com maior relevância para o pediatra, e ainda documentar a sua evolução após um intervalo de 7 anos.

Material e métodos

Foram analisados os BSG, análises, ecografias e outros exames complementares realizados durante a gravidez de uma amostra de conveniência de puérperas internadas na

Maternidade do Hospital de Santa Maria (HSM) em Lisboa, em dois períodos distintos de Janeiro a Março de 1996 e Abril a Julho de 2003. Foram colhidos os seguintes dados do BSG que se consideraram como mais relevantes para o pediatra: data prevista do parto (DPP), grupo sanguíneo materno e nas mães com grupo de sangue Rh negativo o resultado do teste de Coombs indirecto e administração de gamaglobulina anti-D, registo da vacinação antitetânica, de hábitos maternos medicamentosos, alcoólicos, tabágicos ou outros, registo do resultado do VDRL, serologia para toxoplasmose, rubéola, VIH 1 e 2 e AgHbs em qualquer fase da gravidez. Em 2003 foram também colhidos dados em relação a serologias para o vírus da hepatite C (VHC) e realização de exsudado vaginal ou rectal para pesquisa de *Strepto* B. Das análises que foram fornecidas, colheram-se os mesmos dados analíticos. Procurou-se informação escrita referente a exames como ecografia e ecocardiografia fetal, amniocentese ou outros e a patologia materna prévia ou induzida pela gravidez. Foi questionado o local de vigilância da gravidez e registada a data do nascimento do RN.

Na análise estatística foi utilizado o teste do Qui Quadrado.

Resultados

Em 1996 foram inquiridas 120 mães e 118 em 2003. Em 1996, 90 puérperas (75%) possuíam BSG, das restantes 30 em 19 casos foram vigiadas por médico em consulta privada e nunca tiveram BSG (48,7% das grávidas vigiadas privadamente) tendo análises dez. Nos outros casos as mães referiram que tinham perdido o BSG ou este não tinha sido trazido para o HSM na altura do parto, tendo havido dois casos de gravidez não vigiada. Em 2003, 112 puérperas tinham BSG (94,9%), das 6 que não o possuíam quatro foram vigiadas em regime privado e traziam análise e duas não beneficiaram de qualquer vigilância. Em comparação com 1996 significativamente mais puérperas utilizam actualmente o BSG ($p < 0,001$).

Quadro I
Local de vigilância da gravidez

	1996 n= 120	2003 n=118
Gravidez não vigiada	2 (1,6%)	2 (1,6%)
Centro de Saúde	56 (46,7%)	44 (37,3%)
Consulta privada	39 (32,5%)	55 (46,6%)
Consulta obstetrícia HSM	23 (19,2%)	15 (12,7%)
Outros hospitais	-	2 (1,6%)

O Quadro I mostra o local de vigilância da gravidez. Verificou-se que em 2003 foram vigiadas em consulta privada um maior número de grávidas que em 1996 ($p=0,036$).

Em relação à avaliação do preenchimento no BSG de todos os critérios considerados em 1996, só em quatro

casos (4,4%) este estava totalmente realizado, mas se fosse excluído o parâmetro da vacinação antitetânica esse valor subia para 19 BSG ou 21,1% do total de puérperas com BSG. Em 2003 com a inclusão de mais dois critérios só num caso se considerou o BSG totalmente preenchido. Para se poder comparar com 1996, excluindo a vacinação anti tetânica, a realização de exsudado para pesquisa de Strepto B e a serologia para VHC, o número de BSG completos sobe para 53 (47,3%) ($p < 0,001$).

O preenchimento dos campos referentes ao grupo de sangue, VDRL, serologia para toxoplasmose e virais nos BSG assim como os dados obtidos pela consulta das análises fornecidas, nos dois períodos de tempo estudados consta do Quadro II. Verificou-se que em todos os casos se obteve mais informação em 2003 com uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Quadro II

Preenchimento do BSG e/ou consulta de análises pré-natais e informação referente à totalidade de puérperas quanto ao grupo de sangue, VDRL, serologias para toxoplasmose e virais.

	Com BSG		Com BSG e com análises		Sem BSG e com análises		Informação do total de puérperas		p
	1996 n=90	2003 n=112	1996 n=90	2003 n=112	1996 n=10	2003 n=4	1996 n=120	2003 n=118	
Grupo de sangue	86 (95,6%)	108 (96,4%)	87 (96,7%)	108 (96,4%)	3	1	90 (75%)	109 (92,4%)	<0,001 *
VDRL	69 (76,7%)	105 (93,8%)	76 (84,4%)	108 (96,4%)	8	4	84 (70%)	112 (94,9%)	<0,001 *
Toxoplasmose	71 (78,9%)	99 (88,4%)	78 (86,7%)	102 (91,0%)	8	4	86 (71,7%)	106 (89,8%)	<0,001 *
Rubéola	67 (74,4%)	99 (88,4%)	72 (80%)	100 (89,3%)	4	2	76 (63,3%)	102 (86,4%)	<0,001 *
AglHbs	61 (67,8%)	106 (94,6%)	73 (81,1%)	109 (97,3%)	4	4	77 (64,2%)	113 (95,8%)	<0,001 *
VIH1e2	49 (54,4%)	105 (93,8%)	60 (66,7%)	108 (96,4%)	3	4	63 (52,5%)	112 (94,9%)	<0,001 *

*-estatisticamente significativo

Em 1996 de 10 grávidas com grupo de sangue Rh negativo 5 fizeram teste de Coombs indirecto que foi negativo em todas; em dois casos foi administrada gamaglobulina anti-D durante a gravidez. Em 2003 eram Rh negativas 14 grávidas tendo sido registados 12 testes de Coombs indirectos e administrada gamaglobulina a 8.

Em relação às serologias para rubéola, 7 das grávidas em 1996 (9,2%) e 5 em 2003 (4,9%) não estavam imunizadas. Em 1996 duas grávidas eram AgHbs positivas e nenhuma positiva para o VIH 1 ou 2, em 2003 encontrou-se o mesmo número de portadoras de AgHbs e duas grávidas com VIH 1 (1,8%). No ano de 2003 em 40 casos estava registado no BSG a serologia para VHC (35,7%), com a consulta das análises esse número aumentou para 45 (38,1% do total de puérperas), sendo uma mãe portadora.

Em 2003 a realização de exsudado vaginal ou rectal estava registada em 47 BSG e documentou-se em mais 6 análises (44,9% do total de puérperas) sendo dois positivos para Strepto B.

O Quadro III mostra o preenchimento do BSG nos restantes campos em estudo. Em 1996 das 70 grávidas com registo dos hábitos tabágicos 15 eram positivos (21,4%), fumando 16 grávidas (22,2%) em 2003. Os hábitos alcoólicos, medicamentosos ou outros registados foram positivos num número irrelevante de casos.

Quadro III

Preenchimento no BSG dos itens referentes à data prevista do parto, hábitos tóxicos e vacinação antitetânica.

	1996 n=90	2003 n=112	p
Data prevista para parto	79 (87,7%)	97 (86,6%)	0,97 ns
Existência ou não de hábitos tabágicos	70 (77,7%)	72 (64,2%)	0,054 ns
Existência ou não de hábitos alcoólicos	64 (71,1%)	69 (61,6%)	0,2 ns
Existência ou não de hábitos medicamentosos	44 (48,8%)	60 (53,5%)	0,603 ns
Vacinação antitetânica	22 (24,4%)	18 (16,1%)	0,191 ns

ns - não significativo

Outros dados registados nos BSG com importância para o seguimento do RN foram ecografias pré-natais com alterações fetais (uma em 1996 e 5 em 2003), ecocardiografia fetal normal (5 em 1996 e 9 em 2003), cariótipo normal obtido por amniocentese (um caso em 1996 e 12 em 2003) e estudo dos marcadores bioquímicos de Trissomia 21 e doença do tubo neural realizados em 7 grávidas em 2003. Verificou-se em ambos os períodos o registo no BSG de patologias maternas prévias ou induzidas pela gravidez como lúpus eritematoso disseminado, hemoglobinopatias, diabetes gestacional, num escasso número de casos.

Discussão

O BSG deve ser um suporte da informação obtida na gravidez, muito útil para o RN fruto desta. O cuidado posto no preenchimento correcto de um BSG não só permite ao pediatra otimizar o acompanhamento do RN através do conhecimento imediato dos dados obtidos nos meses da sua vida intra-uterina, como evita gastos económicos e humanos na repetição de exames e análises já realizadas, devendo a grávida ser informada desse facto e ensinada a trazê-lo consigo.

Nesta pequena amostra (correspondendo a cerca de 4 a 5% das puérperas internadas anualmente na maternidade do HSM) verificou-se que nos últimos 7 anos houve uma evolução francamente positiva e estatisticamente significativa em relação ao número de grávidas portadoras de BSG

e das que possuíam informação quanto a hábitos tóxicos, ao grupo de sangue, VDRL, serologias para toxoplasmose e virais, sendo de realçar as para o VIH 1 e 2 cujo conhecimento passou de 52,5% em 1996 para 94,9% em 2003.

O mesmo já não pode ser dito em relação a outros parâmetros como o registo da vacinação antitetânica, que muito frequente e perigosamente é descuidada na idade adulta, sendo a gravidez um excelente momento para prevenir não só o tétano neonatal mas a doença da mulher nos anos seguintes ⁽⁹⁾.

Em relação às serologias para a rubéola é preocupante verificar que em 2003 ainda se encontraram 5 grávidas sem imunidade o que indicia uma falha grave a nível dos cuidados básicos de saúde e deficiente informação pré-gestacional.

Também pela análise dos dados referentes às grávidas Rh negativas se verifica que um melhor acompanhamento e/ou registo dos dados podem melhorar os cuidados prestados a esta população.

A realização de exsudado vaginal e rectal para pesquisa de Strepto B tem vindo a ser implementada e a entrar nas rotinas pré-natais com relativa celeridade, podendo-se, daqui a uns anos, fazer o estudo português da sua eficácia, nomeadamente em conjugação com os resultados da notificação realizada pela Unidade de Vigilância Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria ⁽¹⁰⁾

Assistiu-se a uma evolução muito significativa em relação ao número de grávidas portadoras de BSG, quer neste trabalho quer comparando os números actuais com os de estudos publicados há uma década atrás. ⁽¹¹⁾ Mesmo em relação às grávidas vigiadas em consulta privada, em que se verificou um aumento significativo entre as duas amostras, constatou-se que ao invés do ocorrido em 1996, actualmente só em quatro casos estas não possuíam BSG, o que revela uma maior preocupação dos obstetras em fornecer o modelo da Direcção Geral de Saúde ou outro concebido por cada médico mas com informações sobreponíveis.

A nossa amostra embora revele dados muito animadores do ponto de vista da melhoria da qualidade da vigilância da gravidez, registo e transmissão dos dados, não permite generalizar quaisquer conclusões, pelo que seria interessante estudar uma amostra representativa da população do nosso hospital ou mesmo nacional.

A primeira abordagem do recém-nascido é muito mais fácil e correcta quando a mãe possui um BSG bem preenchido, e este para além de veículo de transmissão de informações, comporta-se como um espelho da adequação dos cuidados de saúde prestados à grávida e ao seu feto. Assim, seria fundamental que ao assistir ao parto e na primeira observação do RN o pediatra pudesse ter acesso aos seguintes dados que deveriam estar todos registados no BSG utilizado no nosso país:

- data prevista para o parto que permite calcular a idade gestacional condicionando uma maior vigilância nos RN pré e pós termo e nos com peso não adequado à idade gestacional

- grupo de sangue da mãe e nas Rh negativas titulação de anticorpos anti-D e registo da administração de gama-globulina anti-D nesta e noutras gravidezes.

- hábitos maternos potencialmente nocivos como uso de medicamentos, álcool, tabaco ou outras drogas.

- estado vacinal da mãe no que respeita à vacinação antitetânica

- resultado de ecografias e outros exames realizados como ecocardiografia fetal ou amniocentese, provas de tolerância oral à glicose, sua normalidade ou alterações detectadas

- resultado de análises laboratoriais (incluindo amostra do terceiro trimestre) de situações de risco de infecção congénita nomeadamente sífilis, toxoplasmose, rubéola, hepatite B e C, VIH 1 e 2, assim como do exsudado vaginal e rectal para pesquisa de Strepto B realizado entre as 35 e 37 semanas de gestação pois é possível intervir positivamente na maioria destas situações. A anotação dos resultados não deverá ser feita de maneira equívoca (negativo/positivo/imune etc.) mas transcrevendo as datas e valores laboratoriais obtidos nomeadamente para possibilitar, se necessário, comparações futuras.

- outros dados como patologia materna nomeadamente infecções e sua terapêutica, medicamentos usados durante a gravidez, e ainda os antecedentes maternos e familiares que poderão ser importantes em situações em que a mãe não consiga fornecer uma história clínica correctamente.

O objectivo de uma mulher que engravida é ter um filho saudável, as consultas de vigilância da gravidez e um BSG correctamente preenchido para isso contribuem.

Agradecimento

Ao Prof. Doutor. Lincoln Justo da Silva pela leitura crítica do manuscrito.

Bibliografia

1. Connor EM, Sperling RS, Gelber RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G *et al.* Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med* 1994; 33: 1173-80
2. CDC. Prevention of perinatal group B streptococcal disease: a public health perspective. *MMWR* 1996; 45 (RR-7): 1-24
3. CDC. Prevention of perinatal group B streptococcal disease: Revised Guidelines from CDC. *MMWR* 2002; 51 (RR-11): 1-24
4. National Institutes of Health Consensus Development Panel on the Effect of Corticosteroids for Fetal Maturation on Perinatal Outcomes: Effect of corticosteroids for fetal maturation on perinatal outcomes. *JAMA* 1995; 273: 413-8
5. Ministério da Saúde. Contributos para um Plano Nacional de Saúde. Orientações estratégicas. *Lisboa* 2003; 27-33
6. Ministério da Saúde. Boletim de Saúde da Grávida. Modelo nº 1389

INCM, SA.

7. Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar. Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Vigilância pré-natal e revisão do puerpério. *Lisboa*, 1991: 4-7
8. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes Circular informativa Nº 16/DSMIA. Boletim de Saúde da Grávida. *Lisboa*, 2001
9. Direcção-Geral da Saúde. Doenças de Declaração Obrigatória 1996-2000. *Lisboa* 2001; 33.
10. Neto MT, Nuno A, Mateus M. Infecção por Streptococcus do grupo B nos primeiros 90 dias de vida. *Boletim da Unidade de Vigilância Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria*. 2003; 4 (1): 10-11
11. Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Necessidades não satisfeitas em Saúde Materna e Planeamento Familiar. Relatório do estudo realizado em 1990/91. *Lisboa* 1992; 29-31