

# Preenchimento do Boletim de Saúde da Grávida: 18 Anos de Evolução

## Completing the Pregnancy Health Record: 18 Years of Evolution

Catarina Salgado, Rita Espírito Santo, Sandra Valente, Joana Saldanha  
Departamento de Pediatria; Centro Académico de Medicina de Lisboa; Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE  
*Acta Pediatr Port* 2017;48:19-27

### Resumo

**Introdução:** O boletim de saúde da grávida é um veículo importante na transmissão de informação dos dados relativos à saúde da grávida e do feto. Pretendeu-se avaliar a evolução ao longo de 18 anos da posse e qualidade do registo do boletim de saúde da grávida numa população de puérperas.

**Métodos:** Questionário e colheita dos dados do boletim de saúde da grávida de uma amostra de conveniência de puérperas do serviço de obstetrícia em 2014 e comparação com grupos estudados em 1996 e 2003.

**Resultados:** Analisaram-se 468 puérperas em 2014, 118 em 2003 e 120 em 1996. Em 2014, 97,6% das grávidas possuíam boletim de saúde da grávida, resultado significativamente diferente de 1996. Verificou-se uma melhoria significativa nos registos dos hábitos tabágicos e da vacinação antitetânica em 2014 e na realização de exsudado vaginal em comparação com o ano de 2003. Pelo contrário, o registo da serologia da sífilis, do vírus da imunodeficiência humana, da hepatite B e da toxoplasmose decresceu relativamente a 2003. Quando analisado o preenchimento da totalidade dos dados do boletim de saúde da grávida, estava completo em 4,4% em 1996, 0,9% em 2003 e 7% em 2014. Excluindo o registo da vacina antitetânica, os valores subiram para 21,1% em 1996, 47% em 2003 e 55,8% em 2014.

**Discussão:** Verificou-se uma melhoria no preenchimento do boletim de saúde da grávida nos últimos 18 anos, embora não uniforme nos vários parâmetros em estudo. A contribuição de um boletim de saúde da grávida corretamente preenchido na avaliação do recém-nascido suporta a estruturação dos registos na vigilância da gravidez.

**Palavras-chave:** Cuidado Pré-Natal; Diagnóstico Pré-Natal; Gravidez; Mulheres Grávidas; Portugal; Promoção da Saúde/organização e administração; Registos de Saúde Pessoal; Vigilância da Saúde Pública

### Abstract

**Introduction:** The pregnancy health record is an important means for transmitting data on maternal and foetal health. The study aim was to assess changes in numbers of pregnant women with pregnancy health records and the quality of the data over an 18-year period in a population of postpartum women.

**Methods:** A questionnaire was applied and data were collected from the pregnancy health records of a convenience sample of postpartum women admitted to the obstetrics department in 2014, and the data were compared with groups studied in 1996 and 2003.

**Results:** We surveyed 468 postpartum women in 2014, 118 in 2003 and 120 in 1996. In 2014, 97.6% of pregnant women had a pregnancy health record, a statistically significant difference from 1996. There was a significant improvement in data on smoking and tetanus vaccination in 2014 and on vaginal discharge tests compared to 2003. Records of syphilis, human immunodeficiency virus, hepatitis B and toxoplasmosis serology decreased in 2014 compared to 2003. All sections of the pregnancy health record were completed in 4.4% of cases in 1996, 0.9% in 2003

and 7% in 2014. Excluding tetanus vaccination, these figures rose to 21.1% in 1996, 47% in 2003 and 55.8% in 2014.

**Discussion:** The study found an improvement in the number of pregnant women with pregnancy health records and their overall completion, although this improvement was not uniform in all areas. The contribution of a correctly completed pregnancy health record to the first assessment of a newborn demonstrates the value of well-structured data records for pregnancy surveillance.

**Keywords:** Health Promotion/organization & administration; Health Records, Personal; Portugal; Pregnancy; Pregnant Women; Prenatal Care; Prenatal Diagnosis; Public Health Surveillance

### Introdução

Nas últimas décadas, houve uma melhoria da qualidade de cuidados prestados durante a gravidez, parto e período neonatal em Portugal, para o qual contribuiu a sistematização dos exames a realizar durante a gravidez, com periodicidade estabelecida.<sup>1,2</sup> As consultas

de vigilância da gravidez proporcionam à grávida as melhores condições para o desenvolvimento do seu filho, podendo ser detetadas e/ou corrigidas situações cruciais para o nascimento de uma criança saudável.<sup>3</sup> De acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS), o boletim de saúde da grávida (BSG) é um instrumento fundamental de transmissão dos dados relativos à saúde da grávida e do feto e deverá ser sempre fornecido e iniciado o seu preenchimento na primeira consulta de vigilância de gravidez e atualizado em cada consulta subsequente.<sup>4</sup> O BSG assegura a circulação da informação clínica relevante, contribuindo para a interligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares.<sup>4</sup> Na realidade, após o parto, na observação e colheita dos dados clínicos dos recém-nascidos (RN), os pediatras confrontam-se frequentemente com BSG insuficientemente preenchidos, obrigando a novas colheitas analíticas à mãe e, por vezes, ao RN, com o correspondente aumento de morbilidade, tempo de internamento hospitalar e custos desnecessários. Para se poder melhorar a qualidade assistencial, é objetivo deste estudo conhecer a situação atual de preenchimento dos dados relevantes do BSG para o RN e compará-la com estudos efetuados no mesmo local em 1996 e 2003.<sup>3</sup>

## Métodos

Foi efetuado um estudo prospetivo, transversal e descritivo, numa amostra de conveniência. Foi aplicado um questionário e consultados os dados do BSG de puérperas internadas entre março e junho de 2014 no serviço de obstetrícia de um hospital perinatal diferenciado. As variáveis questionadas foram a vigilância da gravidez (considerou-se gravidez vigiada a existência de seis ou mais consultas, mal vigiada com menos de seis consultas, desconhecida quando o número de consultas não estava registado, e não vigiada quando não existiu qualquer tipo de acompanhamento), local de vigilância (centro de saúde, consulta privada, hospital, múltiplos locais /

registo desconhecido) e presença de BSG. Das puérperas portadoras de BSG, foi verificado o seu preenchimento tendo em conta a calendarização preconizada pela DGS (dezembro de 2013).<sup>2</sup> Foram analisados os hábitos tabágicos, vacina antitetânica, grupo de sangue (GS), ecografias pré-natais, resultado Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), pesquisa de antigénio de superfície do vírus da hepatite B (AgHBs), serologias para toxoplasmose, rubéola e vírus da imunodeficiência humana (VIH), teste de Coombs (TC) e imunoglobulina (Ig) anti-D nas mães com grupo de sangue Rhesus (Rh) negativo e exsudado vaginal / retal para pesquisa de Streptococcus beta hemolítico do grupo B (Streptococcus B). Foram também analisados critérios adicionais à norma da DGS, como a serologia para o vírus da hepatite C (VHC), realização de amniocentese e rastreio bioquímico. Recorreu-se à análise comparativa com dois grupos estudados no mesmo local em 1996 e 2003.<sup>3</sup>

A análise estatística foi efetuada com recurso ao software SPSS 20® e teste de qui-quadrado, com um nível de significância de 0,05.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do hospital.

## Resultados

Foram realizadas entrevistas e colhidos os dados do BSG de 468 puérperas em 2014 e comparados com os dados de 118 puérperas em 2003 e 120 em 1996.

As gravidezes sem qualquer vigilância corresponderam a uma percentagem de 1,6% (n = 2) em 1996 e em 2003 e de 1,9% (n = 9) em 2014. Em 2014 foram ainda discriminadas as gravidezes vigiadas adequadamente (91,5%), as gravidezes mal vigiadas e com número de consultas não registado, que corresponderam a 1,5% e 5,1%, respetivamente.

A maioria das gravidezes foi vigiada no centro de saúde em 1996 e 2014 e em consulta privada em 2003, tendo-se verificado uma diminuição significativa da vigilância em consulta privada de 2003 para 2014 (Tabela 1).

De todas as puérperas, em 1996 75% (n = 90) possuíam

Tabela 1. Local de vigilância da gravidez

| Vigilância                              | 1996<br>(n = 120) | 2003<br>(n = 118) | 2014<br>(n = 468) | P             |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|---------------|
| Gravidezes não vigiadas [n (%)]         | 2 (1,6%)          | 2 (1,6%)          | 9 (1,9%)          | 0,870* 0,853† |
| Centro de saúde [n (%)]                 | 56 (46,7%)        | 44 (37,3%)        | 175 (37,4%)       | 0,983* 0,063† |
| Consulta privada [n (%)]                | 39 (32,5%)        | 55 (46,6%)        | 82 (17,6%)        | < 0,001‡      |
| Hospital [n (%)]                        | 23 (19,2%)        | 17 (14,4%)        | 96 (20,5%)        | 0,133* 0,743† |
| Múltiplos locais / desconhecido [n (%)] | 0                 | 0                 | 103 (22%)         |               |

\* Relativamente ao ano de 2003. / † Relativamente ao ano de 1996. / ‡ Relativamente aos anos de 2003 e 1996.

BSG, sendo que este número aumentou para 94,9% (n = 112) em 2003 e para 97,6% (n = 457) em 2014, diferença estatisticamente significativa relativamente a 1996 (p < 0,001).

Das puérperas que não possuíam BSG em 1996 (n = 30) e 2003 (n = 6), a maioria tinha tido gravidezes vigiadas (28 em 1996 e quatro em 2003) e o BSG não lhes tinha sido fornecido, ao contrário do verificado em 2014 em que apenas duas das gravidezes consideradas vigiadas não possuíam BSG (uma referia ter perdido o BSG e a outra referia que não lhe tinham fornecido BSG).

### Preenchimento do boletim de saúde da grávida

Tendo em conta as puérperas portadoras de BSG, o preenchimento dos boletins foi analisado comparativamente segundo as normas preconizadas pela DGS nos respetivos anos e utilizando apenas as variáveis presentes e analisadas nos três períodos de tempo estudados (GS, hábitos tabágicos, VDRL, serologia para a toxo-

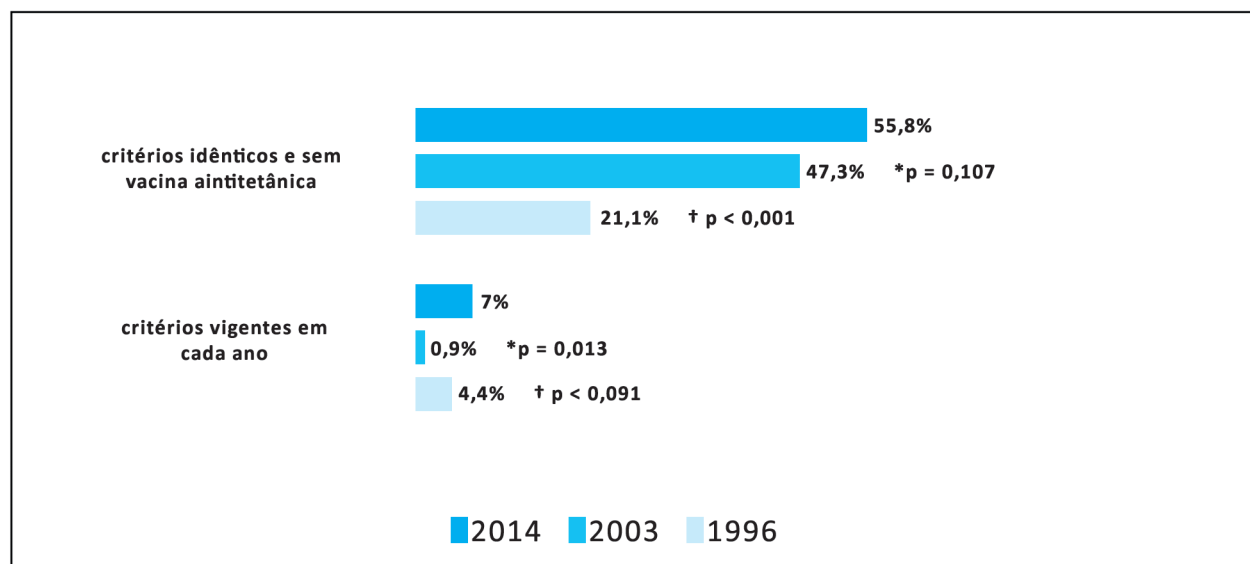
plasmose e rubéola, AgHBs e VIH) e sem a inclusão da vacina antitetânica, por ser a variável menos preenchida globalmente.

Relativamente ao preenchimento da totalidade dos critérios do BSG pelas normas da DGS, verificou-se uma melhoria de 1996 para 2014, sendo o valor menor em 2003. Utilizando os mesmos critérios, a percentagem de BSG corretamente preenchidos subiu nas três amostras e apresentou uma evolução favorável ao longo dos anos estudados, com diferença estatisticamente significativa relativamente ao ano de 1996 (Figura 1).

Dos dados maternos registados no BSG (GS, hábitos tabágicos, vacina antitetânica), foi possível obter mais informação em 2014 do que nos anos anteriores. De acordo com o registo dos BSG, 21,4% das mulheres eram fumadoras em 1996, 22,2% em 2003 e 15% em 2014 (Tabela 2).

Relativamente às ecografias pré-natais, foram regista-

Figura 1. Preenchimento global do boletim de saúde da grávida.



\* Relativamente ao ano de 2003.

† Relativamente ao ano de 1996.

Tabela 2. Preenchimento dos dados maternos do boletim de saúde da grávida

| Dados maternos              | 1996<br>(n = 90) | 2003<br>(n = 112) | 2014<br>(n = 457) | p                  |
|-----------------------------|------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| Vacina antitetânica [n (%)] | 22 (24,4%)       | 18 (16,1%)        | 244 (53,4%)       | < 0,001*<br>0,011† |
| Grupo de sangue [n (%)]     | 86 (95,6%)       | 108 (96,4%)       | 450 (98,5%)       | 0,160*<br>< 0,001† |
| Hábitos tabágicos [n (%)]   | 70 (77,7%)       | 72 (64,2%)        | 424 (92,8%)       | < 0,001‡           |

\* Relativamente ao ano de 2003.

† Relativamente ao ano de 1996.

‡ Relativamente aos anos de 2003 e 1996.

das no BSG alterações fetais numa ecografia em 1996 (1,1%), em cinco em 2003 (4,5%) e em 40 em 2014 (8,8%).

Registou-se um aumento significativo dos registos do AgHBs, serologia da rubéola e VIH relativamente ao ano de 1996 e uma tendência de aumento do registo de VDRL. Quando comparados com os dados de 2003 verificou-se uma diminuição significativa dos registos de AgHBs, toxoplasmose, serologia de VIH e VDRL e uma tendência de diminuição da serologia da rubéola. O registo da colheita de exsudado vaginal / retal para *Streptococcus B* apresentou um aumento significativo relativamente a 2003, não sendo o exame preconizado em 1996 (Tabela 3).

Foram registadas 10 puérperas Rh negativas em 1996 (11,1%), 14 em 2003 (12,5%) e 66 em 2014 (14,4%). Destas, o TC estava registado em cinco em 1996 (50%), 12 em 2003 (85,7%) e 41 em 2014 (62,1%) e a realização de Ig anti-D em duas (20%), oito (57,1%) e 56 (84,8%) respetivamente ( $p < 0,05$ ). Dos critérios não preconizados pela DGS, a pesquisa de VHC apresentou

uma tendência decrescente, embora não significativa de 2003 para 2014, ao contrário do aumento do registo da realização do rastreio bioquímico ( $p < 0,001$ ). Nenhum destes exames foi avaliado em 1996. O registo de realização de amniocentese apresentou um aumento significativo relativamente a 1996 (Tabela 4).

## Discussão

A DGS tem preconizadas orientações com o objetivo de uniformizar e melhorar o nível dos cuidados prestados durante a gravidez, tornando-se importante a avaliação do cumprimento destas medidas.<sup>3</sup> É consensual que cuidados de saúde adequados prestados à grávida e ao RN diminuam a mortalidade e morbidade materno-fetal.<sup>5,6</sup>

Não se verificou uma diminuição das gravidezes não vigiadas como eventualmente seria de esperar tendo em consideração que a qualidade dos cuidados pré-natais contribuiu para a prevenção da mortalidade neonatal e

Tabela 3. Registo no boletim de saúde da grávida dos exames laboratoriais preconizados na gravidez pela norma da Direção Geral da Saúde

|                                   | 1996<br>(n = 90) | 2003<br>(n = 112) | 2014<br>(n = 457) | p                  |
|-----------------------------------|------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| VDRL [n (%)]                      | 69<br>(76,7%)    | 105<br>(93,8%)    | 372<br>(81,4%)    | 0,001<br>0,299†    |
| Serologia da toxoplasmose [n (%)] | 71<br>(78,9%)    | 99<br>(88,4%)     | 324<br>(70,9%)    | < 0,001*<br>0,122† |
| Serologia da rubéola [n (%)]      | 67<br>(74,7%)    | 99<br>(88,4%)     | 395<br>(86,4%)    | 0,583*<br>0,004†   |
| AgHBs [n (%)]                     | 61<br>(67,8%)    | 106<br>(94,9%)    | 388<br>(84,9%)    | 0,006*<br>< 0,001† |
| Serologia do VIH [n (%)]          | 49<br>(54,4%)    | 105<br>(93,8%)    | 374<br>(81,8%)    | 0,002*<br>< 0,001† |
| <i>Streptococcus B</i> [n (%)]    | NR               | 42<br>(41,9%)     | 357<br>(78,1%)    | < 0,001*           |

AgHBs - antígeno de superfície do vírus da hepatite B; NR - não realizado; *Streptococcus B* - pesquisa de exsudado vaginal para pesquisa de *Streptococcus beta hemolítico do grupo B*; VDRL - Venereal Disease Research Laboratory; VIH - vírus da imunodeficiência humana.

\* Relativamente ao ano de 2003.

† Relativamente ao ano de 1996.

Tabela 4. Registo no boletim de saúde da grávida dos exames não preconizados pela norma da Direção Geral da Saúde na vigilância da gravidez

|                             | 1996<br>(n = 90) | 2003<br>(n = 112) | 2014<br>(n = 457) | p             |
|-----------------------------|------------------|-------------------|-------------------|---------------|
| VHC [n (%)]                 | NR               | 40 (35,7%)        | 124 (27,1%)       | 0,072*        |
| Amniocentese [n (%)]        | 1 (1,1%)         | 12 (10,7%)        | 47 (10,3%)        | 0,984* 0,005† |
| Rastreio bioquímico [n (%)] | NR               | 7 (6,3%)          | 200 (43,8%)       | < 0,001*      |

HCV - vírus da hepatite C; NR - Não realizado.

\* Relativamente ao ano de 2003.

† Relativamente ao ano de 1996.

sequelas tardias.<sup>7</sup> Em 1998, dados da DGS mostram que mais de 95% das gravidezes teve vigilância médica.<sup>8</sup> No entanto, um estudo realizado no norte do país em 2003, em que foram analisadas 3 712 gestações, apenas 78% tinham sido vigiadas.<sup>6</sup> Numa amostra da sub-região de Braga de 338 puérperas em 2007, a percentagem de vigilância adequada foi 98,5%,<sup>9</sup> sendo este o valor esperado na nossa amostra de 2014 ao contrário dos 91,5% registados. Tal pode estar relacionado com os BSG com número de consultas desconhecidos (5,1%) ou ser um decréscimo real da vigilância adequada da gravidez. Seria necessário um esclarecimento dos motivos de não seguimento para pensar numa estratégia de monitorização e correção das falhas.<sup>10</sup>

A diminuição da vigilância em consulta privada de 2003 para 2014 encontrada neste estudo poderá dever-se à realidade socioeconómica do país.

O preenchimento total do BSG em 2014 apresentou uma melhoria significativa relativa aos anos anteriores. Todavia, considerando as orientações da DGS mais recentes, apenas em 7% dos casos se encontra correta e totalmente preenchido. Verificou-se uma diferença percentual de sete para 55,8% no preenchimento do BSG em 2014 quando se consideram os mesmos critérios de 1996 e sem se considerar a vacina antitetânica.

Os índices mais registados em 2014 foram o grupo sanguíneo e os hábitos tabágicos. O grupo sanguíneo foi a variável, com maior grau de cumprimento de registo nos três períodos e com evolução favorável. Relativamente aos hábitos tabágicos, também se verificou uma melhoria nos registos, sendo estes resultados animadores principalmente pela maior sensibilização do tabagismo como fator de risco para o recém-nascido. Apesar de existirem alguns estudos epidemiológicos sobre os hábitos tabágicos dos portugueses, em ambos os géneros, o comportamento face ao consumo de tabaco durante a gravidez é relativamente desconhecido.<sup>11</sup> Na amostra deste estudo verificou-se uma diminuição das mulheres fumadoras segundo os registos do BSG, sendo em 2014 de 15%, percentagem menor do que a referida num outro estudo de 2003 (19%)<sup>11</sup> e da média nacional de Portugal em 2012 (23%),<sup>12</sup> mas superior à percentagem de mulheres fumadoras do último inquérito nacional de saúde realizado em 2005-2006 (11,8%).<sup>13</sup> Pelos efeitos nefastos do tabaco na saúde da mãe e do feto,<sup>11,12</sup> e a importância dada pelas mães ao bem-estar fetal, esta pode ser uma altura propícia para intervenções antitabágicas.

O menor grau de cumprimento de registo foi relativo à vacina antitetânica, o que poderá estar relacionado com uma diminuição da sensibilização dos profissionais para a importância deste registo. A vacinação contra o tétano

é muitas vezes descurada na idade adulta e a gravidez deve ser vista como um momento de prevenção, tanto do tétano neonatal como de futura doença da mulher. Este é um ponto que carece sem dúvida de intervenção e explicação da sua importância aos profissionais de saúde.<sup>3,5,14</sup>

Nesta amostra verificou-se o decréscimo significativo no registo da serologia do VIH, VDRL, toxoplasmose e AgHBs de 2003 para 2014.

Em Portugal, o rastreio da infeção pelo VIH está recomendado desde 1998<sup>8</sup> sendo efetuado o rastreio universal às mulheres em idade fértil e desde 2004 faz parte das determinações da DGS na vigilância pré-natal.<sup>15</sup> A taxa de transmissão vertical global sem antirretrovirais é de 20-30%.<sup>16</sup> O estudo do Paediatric AIDS Clinical Trials Group demonstrou que o uso de profilaxia com zidovudina no pré-parto, intraparto e no recém-nascido reduz a taxa de transmissão para cerca de um terço.<sup>17</sup> A associação com terapêutica antirretroviral, altamente eficaz durante a gestação, cesariana eletiva e exclusão do aleitamento materno, permitiu diminuir as taxas de transmissão para valores inferiores a 2%.<sup>16,18,19</sup> É necessário um diagnóstico precoce da infeção por VIH nas grávidas, que permita uma terapêutica e seguimento adequados da gravidez e a eleição cuidadosa e individualizada do tipo de parto.<sup>20,21</sup> Em 2004, a taxa de transmissão mãe-filho do VIH em Portugal era de 3,6%<sup>18</sup> diminuindo para 1% em 2013,<sup>22</sup> o que reflete uma melhoria da vigilância pré-natal, em desacordo com uma diminuição do rastreio. Assim, depreendemos que a diminuição verificada neste estudo seja apenas por falta de transcrição para o BSG, ou um achado individual e não uma tendência global.

Em 2010, foram notificados 11 casos de sífilis congénita em Portugal, valor que diminuiu consideravelmente na última década, mas ainda é um dos mais elevados da Europa, com uma taxa global de 2,5 por 100 000 habitantes.<sup>23</sup> O rastreio da sífilis durante a gravidez é recomendado e deve ser oferecido a todas as grávidas, pois o tratamento com penicilina diminui as complicações fetais e neonatais da doença.<sup>24</sup> Atendendo a que a sífilis foi das primeiras infeções congénitas conhecidas com terapêutica dirigida e específica, estar-se-ia à espera de um número crescente de rastreios e não de uma diminuição de 2003 para 2014. Também num estudo realizado na Maternidade Alfredo da Costa entre 1993 e 2004 relativo à prevalência de sífilis congénita entre os RN verificou-se que em 16,5% de gravidezes consideradas vigiadas o diagnóstico de sífilis não foi realizado.<sup>25</sup>

A toxoplasmose é considerada uma infeção rara mas potencialmente muito grave.<sup>26</sup> A toxoplasmose congénita é uma infeção evitável e está provado que a pre-



venção primária é uma medida eficaz. Relativamente à prevenção secundária, esta baseia-se no rastreio da população de grávidas com a finalidade de detetar uma seroconversão durante a gravidez e iniciar terapêutica o mais precocemente possível.<sup>27</sup> O rastreio universal na gravidez tem sido alvo de controvérsia baseada na relação custo / benefício, dificuldades de interpretação dos resultados, erro de diagnóstico na grávida e no RN. Como política nacional de saúde, o rastreio sistemático na grávida existe apenas em França, Áustria, Espanha, Bélgica, Itália e Portugal,<sup>26,27</sup> provavelmente relacionado com a maior incidência de infeção materna nestes países.<sup>28</sup> O número de casos de toxoplasmose congénita em Portugal não é totalmente conhecido.<sup>29,30</sup> Num estudo realizado em mulheres em idade reprodutiva no norte do país, a taxa de seropositividade para a toxoplasmose foi 24,4%<sup>31</sup> e noutra amostra da grande Lisboa de 2003-2009 foi de 25,7%,<sup>1</sup> verificando-se uma diminuição relativamente a um estudo realizado em 1988, cuja taxa era de 37,9%.<sup>32</sup> Esta diminuição da seroprevalência deveria colocar-nos mais alerta relativamente à vigilância na gravidez. No entanto, este facto pode eventualmente justificar uma menor sensibilidade para a vigilância desta infeção por se considerar mais rara.

O rastreio da hepatite B na grávida está preconizado em Portugal desde 1992.<sup>33</sup> A identificação das mulheres AgHBs positivas permite uma intervenção precoce e eficaz no RN, com administração de imunoglobulina específica e vacina nas primeiras 24 horas de vida, o que reduz o seu risco de infeção em 95% dos casos.<sup>2</sup> Atualmente, estima-se que a prevalência de portadores de AgHBs em Portugal seja de cerca de 1%, sendo considerado um país de baixa prevalência.<sup>34</sup> Os resultados do segundo inquérito serológico nacional demonstraram uma diminuição da hepatite B. Para esta redução contribuiu não só a estratégia de vacinação, mas também o rastreio sistemático de AgHBs.<sup>35</sup> Assim, a diminuição do registo do AgHBs no BSG de 2003 para o ano de 2014 é preocupante e merece atenção.

Relativamente a estas quatro variáveis (serologia do VIH, VDRL, toxoplasmose e AgHBs), apesar de não se poder extrapolar para uma diminuição verdadeira da vigilância de 2003 para 2014, existiu uma efetiva diminuição do seu registo no BSG, o que justifica uma atitude promotora e esclarecedora da importância destes registos para a saúde da mãe e do bebé.

As normas de atuação para o rastreio universal de colonização por *Streptococcus* do grupo B foram publicadas pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) em 2002, contemplando a pesquisa no exsudado vaginal / retal às 35-37 semanas de gestação.<sup>7</sup> Em Portugal, as primeiras recomendações só tiveram lugar em 2004<sup>36</sup>

o que justifica a ausência da pesquisa em 1996 e pode explicar a melhoria significativa do seu registo de 2003 para 2014, ainda assim insuficiente.

A tipagem dos grupos sanguíneos ABO e Rh assume um papel muito importante na grávida. A percentagem de mulheres Rh negativas registadas nos três estudos foi semelhante. Em 2014, com um valor de 14,4% de mulheres Rh negativas, este estudo aproximou-se da percentagem nacional e mundial (15%).<sup>37</sup> Mesmo na ausência de intercorrências, cerca de 2% dessas grávidas vão sensibilizar-se para o Rh antes do parto, e cerca de 16% irão fazê-lo durante o parto, se não houver profilaxia.<sup>37,38</sup> A maioria dos estudos publicados considera que a administração de Ig anti-D às 28 semanas de gestação a mulheres Rh negativas é uma intervenção eficaz na prevenção da doença hemolítica perinatal, reduzindo o risco de isoimunização de dois para 0,1%.<sup>38-41</sup> Todavia a última revisão da Cochrane não demonstrou evidência conclusiva deste benefício.<sup>42</sup> Atualmente, a DGS estabelece que a Ig anti-D deve ser disponibilizada às 28 semanas de gestação a todas as grávidas Rh negativas não sensibilizadas e é obrigatório o registo no BSG.<sup>37</sup> Neste estudo de 2003 para 2014 existiu uma tendência de diminuição do registo do TC indireto, ao contrário do aumento significativo registado na administração de Ig anti-D às 28 semanas. Como um TC negativo (demonstração de não sensibilização) é obrigatório antes da administração de Ig anti-D, os autores supõem que a diminuição do registo do TC esteja associada apenas a uma diminuição da transcrição e não a uma diminuição efetiva.

Atualmente encontram-se sistematizados os exames ecográficos durante a gravidez, respeitante ao calendário e itens a avaliar.<sup>43</sup> Foi demonstrada uma diminuição da mortalidade perinatal após a regulamentação de ecografias seriadas.<sup>44</sup> Neste estudo verificou-se uma tendência de aumento do registo de alterações fetais coincidente com uma possível maior sensibilização e especificidade nas taxas de deteção de malformações fetais.<sup>45</sup> Ainda o protocolo da DGS implementado nas instituições da rede de referência materno-infantil em 2007,<sup>46</sup> com a realização da ecografia do primeiro trimestre em conjunto com o rastreio bioquímico e/ou a realização da ecografia morfológica em meio hospitalar, pode explicar este maior número de deteção de malformações. Contudo, como este trabalho apenas se analisa o registo do BSG, esta informação pode não se relacionar diretamente com as alterações encontradas, mas sim com aquelas que foram registadas.

Relativamente às ecografias pré-natais, na colheita dos dados durante o estudo, apenas foi tido em conta o número de ecografias com alterações fetais, não tendo

sido explicitadas quais alterações e em que trimestre foram verificadas. Adicionalmente, também não se reportou o cumprimento das ecografias segundo as normas da DGS nas amostras analisadas em 1996 e 2003, tal como a realização de hemograma completo ou rastreio de bacteriúria assintomática e, portanto, não foi possível a sua comparação.

Foram avaliados igualmente exames complementares não preconizados na norma da DGS - rastreio de infeção pelo VHC, rastreio bioquímico e a realização de amniocentese.

A infeção pelo VHC é uma causa importante de morbimortalidade e a sua prevalência na população geral é de 1-2% e na população pediátrica estima-se que seja de 0,2-0,4%.<sup>47</sup> Atualmente, não está preconizado o rastreio sistemático de VHC na grávida, dado não existir nenhuma intervenção eficaz para reduzir a probabilidade da transmissão materno-fetal.<sup>48,49</sup> Assim, a tendência de diminuição do registo da serologia VHC de 2003 para 2014 pode estar relacionada com um aumento do conhecimento relativo à ausência de tratamento que se pode oferecer na gravidez caso exista um resultado positivo.

Relativamente à amniocentese, verificou-se um aumento na realização de 1996 para 2003, mantendo a mesma percentagem na amostra de 2014. Pelo contrário registou-se um incremento significativo na execução de rastreio bioquímico de 2003 para 2014, podendo estar relacionado com um efetivo aumento deste teste de rastreio, hipoteticamente relacionado com o aumento da idade materna e da importância do rastreio das aneuploidias neste contexto,<sup>49</sup> como do protocolo da DGS de 2007 supracitado.<sup>46</sup>

A avaliação dos registos é uma avaliação indireta dos cuidados pré-natais. Podem ser tiradas conclusões relativamente ao correto preenchimento do BSG, mas não se pode extrapolar para o que foi efetivamente realizado e que pode não ter sido registado, ou seja, o incorreto preenchimento pode não refletir a não execução dos exames, mas sim a falta do seu registo. As diferentes normas preconizadas nos anos estudados podem levar a um viés dos resultados, que se tentou colmatar pela comparação das mesmas variáveis.

Alguns registos do BSG não foram propósito deste estudo, limitando a extrapolação dos resultados relativos a todos os campos existentes no boletim e necessários à correta vigilância da gravidez.

Nos anos de comparação deste estudo, existe uma evolução favorável na presença e preenchimento do BSG. Este, como parte fundamental na transmissão de informação da grávida para o pediatra que fará a observação do RN, é um dos critérios de cuidados pré-natais

adequados. No entanto, a melhoria não foi uniforme, existindo diminuição do registo de alguns critérios da norma da DGS.

A importante contribuição do BSG na avaliação do RN sustenta a necessidade de incentivo ao seu correto preenchimento e à uniformização das estratégias utilizadas na vigilância da gravidez.

#### O QUE ESTE ESTUDO TRAZ DE NOVO

- Nos últimos 18 anos, verificou-se uma evolução favorável na presença e preenchimento global do BSG.
- A melhoria do preenchimento do BSG não foi uniforme, com a diminuição do registo de alguns critérios constantes na norma da DGS.
- O preenchimento pode não refletir a execução dos exames, mas é o veículo de transmissão dos dados relativos à saúde da grávida e do feto.
- A importância de um BSG corretamente preenchido na primeira avaliação do recém-nascido sustenta a necessidade de incentivo ao seu registo.

#### Conflitos de Interesse

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

#### Fontes de Financiamento

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

#### Proteção de Pessoas e Animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

#### Confidencialidade dos Dados

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

#### Correspondência

Catarina Salgado  
Rua da Mouraria, 17 7000- 585 Évora;  
catarina.salgado@gmail.com

**Recebido:** 30/08/2016

**Aceite:** 10/10/2016

#### Referências

1. Lito D, Francisco T, Salva I, Tavares MN, Oliveira R, Neto MT. Análise das serologias para infeções do grupo TORCH e do rastreio para Streptococcus do grupo B na população de grávidas de uma maternidade. Acta Med Port 2013;26:549- 54.

2. Direção Geral da Saúde. Exames laboratoriais na gravidez de baixo risco. Norma nº 37/2011 (30/09/2011). Lisboa: DGS; 2013.
3. Saldanha MJ. Utilidade do boletim da saúde da grávida para a avaliação do recém-nascido. *Acta Pediatr Port* 2004;35:43-7.
4. Direção Geral da Saúde. Boletim de saúde da grávida. Circular informativa nº 16/DSMIA (07/09/2001). Lisboa: DGS; 2001.
5. Barros H, Rodrigues C, Costa R, Baía I, Rodrigues T, Machado MC, et al. Effective perinatal intensive care in europe (epice): Descrição do projeto e primeiros resultados em Portugal. *Arq Med* 2014;28:183-90.
6. Lopes L, Reis R, Casanova C, Monteiro V, Fernandes I, Simões F, et al. Vigilância na gravidez - estudo hospitalar 2003. *Nascer Crescer* 2003;12:S298.
7. Schrag S, Gorwitz R, Fultz-Butts K, Schuchat A. Prevention of perinatal group B streptococcal disease: Revised guidelines from CDC. *MMWR Recomm Rep* 2002;51:1.22.
8. Direção Geral da Saúde. Prestação de cuidados pré-concepcionais. Circular normativa nº 2/DSMIA (16/01/2006). Lisboa: DGS; 2006.
9. Pinheiro L, Silva N, Pereira A. Cuidados pré-concepcionais e vigilância pré-natal na sub-região de Braga. *Saude Infant* 2009;31:59-62.
10. Santos V, Moura M, Pinho JP, Almeida V, Maio J. Características sociodemográficas das puérperas e seguimento da gravidez: O que mudou em 17 Anos? *Acta Med Port* 2011;24:877-84.
11. Correia S, Nascimento C, Gouveia R, Martins S, Sandes AR, Figueira J, et al. Gravidez e tabagismo: Uma oportunidade para mudar comportamentos. *Acta Med Port* 2007;20:201-7.
12. European Commission. Attitudes of Europeans towards tobacco. Brussels: EC; 2012.
13. Machado A, Nicolau R, Dias CM. Consumo de tabaco na população portuguesa: Análise dos dados do inquérito nacional de saúde 2005/2006. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2009.
14. Castro L, Gonçalves G, Catarino J. Caracterização epidemiológica dos casos declarados de tétano (1993-2002). Oportunidades perdidas de vacinação. *Acta Med Port* 2004;17:225-30.
15. Direção Geral da Saúde. Gravidez e vírus imunodeficiência humana. Circular normativa nº 1/DSMIA (04/02/2004). Lisboa: DGS; 2004.
16. Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Janssen MA, Taylor AW, Lyss SB, et al. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR Recomm Rep* 2006;55:1-17.
17. Prieto LM, González-Tomé M, Muñoz E, Fernández-Ibieta M, Soto B, Del Rosal T, et al. Low rates of mother-to-child transmission of HIV-1 and risk factors for infection in Spain: 2000-2007. *Pediatr Infect Dis J* 2012;31:1053-8.
18. Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Protocolo de prevenção da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana (VIH). *Acta Pediatr Port* 2008;39:79-83.
19. Cooper ER, Charurat M, Mofenson L, Hanson IC, Pitt J, Diaz C, et al. Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1 infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;29:484-94.
20. Noguera J, De Jose MI. Recomendaciones de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica para el seguimiento del niño expuesto al virus de la inmunodeficiencia humana y a fármacos antirretrovirales durante el embarazo y el periodo neonatal. *An Pediatr* 2012;76:360.e1-9.
21. Fernandes A, Amaral B, Carinhas MJ, Vasconcelos O, Horta A, Alexandrino AM, et al. Transmissão mãe-filho da infeção pelo vírus da imunodeficiência humana do tipo1. *Nascer Crescer* 2014;23:66-71.
22. Diniz A, Duarte R. Infeção VIH, SIDA e tuberculose em números 2014. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2014.
23. European Centre for Disease Prevention and Control. Sexually transmitted infections in Europe 1990-2010. Stockholm: ECDC; 2012.
24. Workowski KA, Berman S. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Recomm Rep* 2010;59:1-110.
25. Jacinto S, Henriques M, Ferreira T, Carvalhosa G, Costa T, Valido AM. A sífilis congénita ainda existe! Análise retrospectiva de 12 anos de uma grande maternidade. *Acta Pediatr Port* 2007;38:65-8.
26. Di Mario S, Basevi V, Gagliotti C, Spettoli D, Gori G, D'Amico R, Magrini N. Prenatal education for congenital toxoplasmosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 ;10:CD006171..
27. Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Toxoplasmose. In: Protocolos de diagnóstico e terapêutica em infeccologia perinatal. Lisboa: Angelini Farmacêutica; 2007.
28. McDonald SA, Devleeschauwer B, Speybroeck N, Hens N, Praet N, Torgerson PR, et al. Data-driven methods for imputing national-level incidence in global burden of disease studies. *Bull World Health Organ* 2015;93:228-36.
29. Angelo MH. Dispositions légales et stratégies préventives de la toxoplasmose congénitale au Portugal. *Arch Pediatr* 2003;10:25-6.
30. Elsheikha HM. Congenital toxoplasmosis: Priorities for further health promotion action. *Public Health* 2008;122:335-53.
31. Lopes AP, Dubey JP, Moutinho O, Gargaté MJ, Vilares A, Rodrigues M, et al. Seroepidemiology of *Toxoplasma gondii* infection in women from North of Portugal in their childbearing years. *Epidemiol Infect* 2011;140:1-6.
32. Neto MT, Borges D, Amaral JV. As infecções do grupo TORCH. *Rev Port Pediatr* 1992;23:71-7.
33. Direção Geral da Saúde. Determinação sistemática do AgHBs nas grávidas e imunização dos recém-nascidos filhos de mães portadoras. Circular normativa nº 6/DTP (28/07/1992). Lisboa: DGS; 1992.
34. Marinho R, Lavanchy D. Burden and prevention of viral hepatitis in Portugal. *Viral Hepatitis* 2011;19:2-3.
35. Direção Geral da Saúde. Avaliação do programa nacional de vacinação e melhoria do seu custo-efectividade. Lisboa:



DGS; 2004.

36. Almeida A, Agro J, Ferreira L. Estreptococo beta hemolítico do grupo B. Protocolo de rastreio e prevenção da doença perinatal. In: Consensos Nacionais em Neonatologia. Coimbra: Angelini Farmacêutica; 2004.

37. Direção Geral da Saúde. Profilaxia da isoimunização Rh. Circular normativa nº 2/DSMIA (15/01/2007). Lisboa: DGS; 2007.

38. Fung Kee FK, Eason E, Crane J, Armson A, De La Ronde S, Farine D, et al. Prevention of Rh alloimmunization. *J Obstet Gynaecol Can* 2003;25:765-73.

39. Vicente LF, Pinto G, Serrano F, Soares C, Alegria AM. Profilaxia da isoimunização RhD: Uma proposta de protocolo. *Acta Med Port* 2003;16:255-60.

40. Baskett TF, Parsons ML. Prevention of Rh(D) alloimmunization: A cost-benefit analysis. *CMAJ* 1990;142:337-9.

41. Gottstein R, Cooke RW. Systematic review of intravenous immunoglobulin in haemolytic disease of the newborn. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2003;88:F6-10.

42. McBain RD, Crowther CA, Middleton P. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;9:CD000020.

43. Direção Geral da Saúde. Exames ecográficos na gravidez de baixo risco. Norma nº 23/2011 (29/09/2011). Lisboa: DGS;

2013.

44. Saari-Kemppaine A, Karjalainen O, Ylostalo P, Heinonen OP. Ultrasound screening and perinatal mortality: Controlled trial of systematic one-stage screening in pregnancy. *Lancet* 1990;336:387-91.

45. Boyd P, Rounding C, Chamberlain P, Wellesley D, Kurinczuk J. The evolution of prenatal screening and diagnosis and its impact on an unselected population over an 18-year period. *BJOG* 2012;119:1131-40.

46. Direção Geral de Saúde. Contrato programa 2007 – diagnóstico pré-natal. Circular normativa nº 5 (06/08/2007). Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde; 2007.

47. Pinto Pais I, Lourenço C, Costa C, Carrilho M, João A. Transmissão vertical do vírus da hepatite C: Experiência clínica de um hospital de nível III. *Acta Pediatr Port* 2012;43:114-7.

48. Bacalhau S, Timóteo C, Agro J. Transmissão perinatal do vírus da hepatite C – Hospital Santo André, Leiria 2002-2006. *Acta Med Port* 2010;23:391-8.

49. Moreira A, Mota R, Ramalho C, Matias A, Montenegro N. Impacto da idade materna avançada nos resultados da gravidez. *Acta Obstet Ginecol Port* 2010;4:132-