



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Gravidezes não vigiadas e complicações neonatais durante o período 2011-2013 no CHCB

Ana Isabel Fraga Oliveira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Professor Doutor José Alberto Moutinho

Covilhã, Maio de 2016

Pensamento

"Yu, shall I teach you what knowledge is? When you know a thing, to realize that you know it; and when you do not know a thing, to allow that you do not know it: this is knowledge."

Confúcio

Dedicatória

Aos meus pais, por todo o apoio e dedicação.

À minha irmã, por todo o amor, carinho e cumplicidade.

A eles devo tudo o que sou hoje.

Agradecimentos

Quero agradecer ao meu orientador Professor Doutor José Alberto Moutinho, por ter aceite o meu convite para orientação desta dissertação, pela supervisão, apoio e ajuda que me prestou, estando sempre disponível para esclarecer todas as dúvidas e aconselhar da melhor maneira.

Uma palavra de reconhecimento também à Doutora Sara Nunes pela colaboração na parte estatística.

Gostaria de agradecer à equipa responsável pelo arquivo e gestão de processos clínicos pela disponibilidade e paciência demonstradas.

Os meus agradecimentos também à minha família que me apoiou em tudo e sempre se disponibilizou para me ajudar.

Quero agradecer à família que escolhi pela amizade, companheirismo, preocupação. Nomeadamente à Ana Silva por ter sido incansável em todo este percurso.

Um último agradecimento à Mariana por estar ao meu lado, dando-me força nas horas de maior desespero e sendo sempre tão compreensiva.

Quero agradecer aos meus pilares por, apesar de terem sido privados da minha presença durante 6 longos anos, nunca terem deixado de me dar alento, força, cumplicidade que me permitiram chegar ao presente momento.

Um muito obrigada a todos!

Resumo

Introdução: A gravidez não vigiada é, ainda, uma constante e tem repercussões a nível neonatal de gravidade variada. Decorre daqui que a vigilância pré-natal seja imprescindível e de particular importância, na medida em que permite a prevenção e a deteção precoce de malformações e fatores de risco que possam influenciar o bom desenvolvimento da gestação. Face a um vasto panorama de co-morbilidades neonatais resultantes de lacunas ao nível da vigilância da gravidez, necessário se torna ter em conta fatores obstétricos, sociais e culturais. Os recém-nascidos fruto de gestações desta etiologia têm uma maior taxa de mortalidade e morbidade, mormente a nível de patologias respiratórias, icterícia, distúrbios metabólicos e doenças neurológicas, face aos de gestações monitorizadas.

Objetivo: Avaliar, com base no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do CHCB, o perfil da grávidas com gravidez considerada não vigiada, determinar as complicações obstétricas, as repercussões neonatais e durante o 1º ano de vida e o cumprimento das orientações técnicas e boas práticas clínicas da vigilância pré-natal.

Metodologia: Estudaram-se, retrospectivamente, 92 grávidas com gravidez não vigiada que tiveram o parto no CHCB num período de 3 anos, entre os anos de 2011 e 2013. Das grávidas com gravidez vigiada que tiveram o parto no CHCB nos mesmos anos, selecionaram-se aleatoriamente 81 para grupo controlo. Procedeu-se a estudo comparativo entre os dois grupos.

Resultados: As grávidas com gravidez não vigiada eram mais jovens, imigrantes, com menor formação académica, com tendência ao desemprego. Neste grupo de grávidas registou-se maior taxa de complicações obstétricas e de prematuridade. Os recém-nascidos apresentaram maior número de complicações à nascença e no primeiro ano de vida, tendo necessidade de recorrer mais frequentemente ao Serviço de Urgência de Pediatria.

Conclusões: A gravidez não vigiada constitui um problema clínico a valorizar que acarreta consequências negativas para o desenrolar da gestação e repercussões ao nível da saúde do recém-nascido e da criança. Tal merece ser tido em atenção na prática clínica, tanto em termos médicos como pedagógicos.

Palavras-chave

Vigilância, pré-natal, complicações obstétricas, repercussões neonatais, gravidez não vigiada

Abstract

Introduction: Unsupervised pregnancy is still a reality, and it has neonatal repercussions of varying severity. It is utterly necessary to supervise all the pregnancies in order to prevent and detect early in life malformations and risk factors that may change the course of the pregnancy. In the face of all the neonatal comorbidities that are the result of errors in the supervision of the pregnancy, it reveals necessary to take on account de cultural, social and obstetric factors. The new-borns from unsupervised pregnancies have a higher morbidity and mortality indices, specially related to pulmonary, metabolic, neurologic diseases, jaundice, when compared to those whose pregnancy was correctly supervised.

Objectives: Evaluate, in the Gynaecology and Obstetrics Service of the CHCB, the profiles of the mothers with unsupervised pregnancies, determinate the obstetrics complications, neonatal repercussions and during the first year of life, and the compliance of technical guidelines and good clinical practice.

Methods: A retrospective study was done with 92 women who delivered in the CHCB between 2011 and 2013 with unsupervised pregnancies. From those who had supervised pregnancies in that period were randomly selected 81 women to the control group. We then proceeded to the comparison of both groups.

Results: Women with unsupervised pregnancies were younger, immigrants, with an inferior academic degree, and unemployed. In this group were detected more complications at birth, and in the first year of life of the new-born, with higher needs to get the child to the Paediatrics Emergency Room.

Conclusions: Unsupervised pregnancy is a clinical problem that must be taken into account, which brings negative consequences to the pregnancy and to the mother and the child's health. Therefore, there is a need of awareness of women in childbearing age about the importance of it. It should be given a special attention to this group, medically and pedagogically.

Keywords

Surveillance, pre-natal, obstetric complications, neonatal repercussions, unsupervised pregnancy

Índice

_ Pensamento	iii
_ Dedicatória	v
_ Agradecimentos	vii
_ Resumo	ix
_ Abstract	xi
_ Lista de Figuras	xv
_ Lista de Tabelas	xvii
_ Lista de Acrónimos	xix
1 INTRODUÇÃO	1
2 CARATERIZAÇÃO DO ESTUDO	2
2.1 Objetivos	2
3 MATERIAL E MÉTODOS	3
3.1 Tipo de estudo	3
3.2 População de estudo	3
3.3 Recolha de dados	3
3.4 Descrição de variáveis	5
3.5 Análise estatística	5
4 RESULTADOS	6
4.1 Caraterização Sociodemográfica	8
4.2 Evolução da gravidez	12
4.3 Parto	16
4.4 Evolução do período neonatal	17
4.5 Evolução do puerpério	23
4.6 Evolução no primeiro ano de vida	24
5 DISCUSSÃO	25
6 CONCLUSÃO	38
6.1 Limitações do estudo	39
6.2 Linhas futuras de investigação	34
7 LISTA DE REFERÊNCIAS	41
ANEXOS	46
ANEXO I: Autorização do Presidente do Concelho de Administração	47
ANEXO II: Congressos	49

Lista de Figuras

Figura 1 | Incidência de gestações não vigiadas entre 2011-2013 no CHCB _ 7

Figura 2 | Incidência da profissão das grávidas com GNV _ 11

Figura 3 | Distribuição da frequência etária das grávidas com GNV _ 11

Figura 4 | Influência dos hábitos nocivos nas grávidas e recém-nascidos em GNV _ 15

Figura 5 | Frequência das complicações intraparto em grávidas com GNV _ 16

Figura 6 | Distribuição dos recém-nascidos fruto de GNV segundo o peso _ 18

Figura 7 | Distribuição dos recém-nascidos fruto de GNV segundo o gênero _ 18

Figura 8 | Frequência das malformações em recém-nascidos fruto de GNV _ 19

Figura 9 | Frequência da patologia respiratória em recém-nascidos fruto de GNV _ 20

Figura 10 | Frequência das complicações neonatais nos recém-nascidos fruto de GNV _ 21

Lista de Tabelas

Tabela 1 | Ficha Técnica _ 4

Tabela 2 | População recém-nascida entre 2011-2013 no Centro Hospitalar Cova da Beira _ 6

Tabela 3 | Caracterização sociodemográfica das grávidas do CHCB entre 2011-2013 _ 9

Tabela 4 | Características maternas das grávidas com GNV e GV _ 10

Tabela 5 | Distribuição do Grupo ABO nas Gestações não vigiadas _ 10

Tabela 6 | Características gestacionais das grávidas com GNV e GV _ 12

Tabela 7 | Idade gestacional aquando da 1ª consulta _ 13

Tabela 8 | Idade gestacional no parto _ 13

Tabela 9 | Análise da vigilância de GNV no CHCB entre 2011-2013 _ 13

Tabela 10 | Frequência da morbilidade nas grávidas com GNV _ 14

Tabela 12 | Características neonatais de recém-nascidos fruto de GNV _ 17

Tabela 13 | Malformações nos recém-nascidos de GV e GNV _ 19

Tabela 14 | Complicações no RN de GV e GNV _ 22

Tabela 15 | Características do pós-parto das grávidas com GNV e GV _ 23

Tabela 16 | Características infantis de recém-nascidos fruto de GNV _ 24

Lista de Acrónimos

CCU	Cancro do Colo do Útero
CHCB	Centro Hospitalar da Cova da Beira (Hospital Pêro da Covilhã)
CMV	Citomegalovírus
CPC	Consulta Pré-Concecional
CSH	Cuidados de Saúde Hospitalares
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral de Saúde
FCS	Faculdade de Ciências da Saúde
GNV	Gravidez Não Vigiada
GV	Gravidez Vigiada
HPP	Hemorragia Pós-Parto
HPV	Vírus Papiloma Humano
IG	Idade Gestacional
IMC	Índice de Massa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
MGF	Medicina Geral e Familiar
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIG	Pequeno Para a Idade Gestacional
PNV	Plano Nacional de Vacinação
RCIU	Restrição de Crescimento Intrauterino
RN	Recém-Nascido
SFA	Sofrimento Fetal Agudo
SGB	Streptococcus B-hemolítico do grupo B (<i>Streptococcus agalactiae</i>)
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUP	Serviço de Urgência Pediátrico
TORCH	Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes Simples
UBI	Universidade da Beira Interior
VHB	Vírus Hepatite B
VIH	Vírus Imunodeficiência Humana

1. Introdução

A gravidez não vigiada (GNV) é, ainda, uma realidade da prática obstétrica, embora, nos últimos anos, a Direção Geral de Saúde (DGS) tenha elaborado normas específicas para a vigilância da gravidez em todas as grávidas e existam diretivas das ARS no sentido de ser prestada assistência médica às mesmas.

Considera-se, de acordo com a DGS (4, 36), como gravidez não vigiada a ausência de frequência de qualquer consulta numa instituição para vigilância da gravidez, ou um número de consultas até ao final da gravidez menor que seis.

Estima-se que cerca de 5% das grávidas tenham gestações não vigiadas de acordo com os critérios definidos pela DGS (38). Esta problemática de índole médico-científica acarreta consigo condicionantes de cariz sociocultural e económico. A qualidade de cuidados fornecidos tanto à grávida como ao recém-nascido (RN), refletida nos indicadores de saúde perinatais e infantis, traduz-se, inevitavelmente, num parâmetro de desenvolvimento de uma determinada sociedade (31). Pelo que a Saúde Materna e Perinatal devam assumir-se como uma prioridade.

A adequada vigilância da gravidez tem por objetivos: a educação para a saúde, a identificação de mulheres em risco de complicações, e prevenção ou tratamento de condições patológicas.

Os cuidados de saúde materno-neonatais abrangem inúmeras áreas de saber multidisciplinar que englobam uma estrutura complexa de profissionais e serviços ao nível dos cuidados de saúde hospitalares e cuidados de saúde primários. A articulação entre os diversos níveis de prestação de cuidados de saúde é crucial e um fator determinante para a melhoria dos indicadores neste domínio.

No nosso país, no ano civil de 2013, dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) (39) revelaram que a taxa de mortalidade perinatal retomou a tendência decrescente a nível nacional nas suas duas componentes (fetal tardia e neonatal precoce). Sendo que Portugal atingiu, nas últimas décadas, uma melhoria significativa ao nível dos indicadores de mortalidade materna, perinatal e infantil, colocando-se a par de países mais evoluídos neste campo.

A gravidez não vigiada contribui para o agravamento dos indicadores de saúde perinatal e infantil, que despertou o nosso interesse.

2. Caraterização do estudo

2.1 Objetivos

O presente estudo visa avaliar as repercussões obstétricas e as complicações neonatais e no 1º ano de vida para uma população de crianças nascidas no Centro Hospitalar Cova da Beira, entre Janeiro de 2011 e Dezembro de 2013.

Os objetivos da presente investigação foram:

- Aprofundar os conhecimentos sobre a importância da vigilância da gravidez;
- Conhecer a experiência do serviço de Obstetrícia e Ginecologia do CHCB;
- Identificar fatores de risco para que a gravidez não seja vigiada;
- Determinar consequências para a saúde da grávida;
- Avaliar a Influência no tipo de parto;
- Determinar a Repercussão no RN;
- Avaliar as Consequências no 1º ano do RN.

3. Material e Métodos

3.1 Tipo de Estudo

O presente estudo é observacional retrospectivo, tendo a amostra sido recolhida no Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), contabilizando todos os nascimentos entre Janeiro de 2011 e Dezembro de 2013.

3.2 População em Estudo

No estudo foram incluídos todas as grávidas e os recém-nascidos de GNV e uma amostra aleatória de grávidas e recém-nascidos de uma gravidez vigiada (GV) nascidos no CHCB entre Janeiro de 2011 e Dezembro de 2013. Realizaram-se 568 partos em 2011, 611 em 2012 e 550 em 2013, contabilizando 1729 partos no CHCB no período em estudo. No total foram incluídas 173 gestações das quais 92 correspondiam a gestações não vigiadas.

O grupo das grávidas com gravidez não-vigiada correspondeu a 92 grávidas e 93 RN. O grupo das grávidas com gravidez não vigiada correspondeu a 81 grávidas e 81 RN.

Definiu-se como gravidez não vigiada uma gravidez em que se documentou um número de consultas até ao final da gravidez menor que seis, quer no Centro de Saúde, quer em instituição de saúde, pública ou privada.

3.3 Recolha de dados

A recolha de dados foi obtida por análise dos processos clínicos das grávidas e dos RN pelo Departamento de Saúde da Criança e da Mulher do CHCB, que continha os números dos processos correspondentes a todas as gestações sem vigilância ocorridas no CHCB entre Janeiro de 2011 e Dezembro de 2013.

Os dados relativos aos dois grupos (GV e GNV) foram obtidos pela análise de processos clínicos dos recém-nascidos e respetivas mães, tendo sido assegurada a confidencialidade dos mesmos. A identificação dos restantes elementos em estudo foi realizada a partir de uma seleção aleatória com recurso a uma lista fornecida pelo CHCB com o número dos processos clínicos de todos os nascimentos decorridos no período em estudo.

Para realização deste trabalho, foi obtida autorização pelo Presidente do Conselho de Administração, pelo Diretor do Departamento de Saúde da Criança e da Mulher e do Núcleo de Investigação e da comissão de ética do CHCB.

A **Tabela 1** resume a informação inerente à área geográfica de aplicação, unidade de análise, o tamanho da amostra, assim como o método de recolha de dados.

Tabela 1 – Ficha Técnica

Área Geográfica	Concelho da Covilhã
Unidade de Análise	Recém-nascidos fruto de gravidez não vigiada entre Janeiro de 2011 e Dezembro de 2013, no Centro Hospitalar Cova da Beira
Tamanho da População	173 Grávidas e 174 Recém-nascidos
Recolha de Dados	Consulta de Processos Clínicos

3.4 Descrição das Variáveis

Com base nos dados fornecidos pelas variáveis em estudo, podemos distinguir seis tipos de variáveis: caracterização sócio-demográfica, evolução da gravidez, parto, evolução neonatal, puerpério, e relativa ao 1º ano de vida.

Dos processos clínicos das grávidas foram analisados os seguintes vetores: gravidez desejada ou não; idade da mãe; grupo sanguíneo; grupo Rh; estado civil; escolaridade; profissão; nacionalidade; paridade; número de abortos; citologia; Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH); toxoplasmose; rubéola; Citomegalovírus (CMV); Streptococcus β -hemolítico do Grupo B (SGB); risco social; hábitos nocivos (alcoolismo, tabagismo); idade gestacional (IG) aquando da 1ª consulta; número de consultas; número de ecografias; aumento ponderal; tipo de parto; idade gestacional aquando do parto; dias de internamento; complicações intraparto; hemorragias pós-parto (HPP); transfusão; morbilidade puerperal; alta médica; revisão do puerpério; rutura prematura das membranas (RPM).

Dos processos do RN foram avaliados os seguintes dados: APGAR 1º minuto; APGAR 5º minuto; reanimação; sinal de sofrimento fetal agudo (SFA); complicações; sexo; peso ao nascer; comprimento ao nascer; hipoglicemia; acidose metabólica; malformações; icterícia; fototerapia; RANU; reflexos; número de vasos do cordão.

Foram avaliados os dados inerentes ao 1º ano de vida englobando o desenvolvimento da criança, internamentos, idas ao Serviço de Urgência Pediátrico (SUP), consultas no médico assistente/pediatra.

3.5 Análise Estatística

A análise estatística foi realizada através dos programas informáticos Microsoft Excel 2008® e IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0® (IBM Corp., Armonk, NY), e avaliadas ao nível de significância de 5%. A associação entre os grupos GNV e GV e as variáveis categóricas em estudo foi avaliada a partir de testes de Qui-quadrado. Os dados foram analisados de acordo com a metodologia descritiva como as frequências relativas e absolutas, média e desvio-padrão, uma vez que as variáveis em análise eram de natureza qualitativas.

3.6 Considerações Éticas

Solicitou-se a autorização ao Conselho de Administração do CHCB, ao Departamento da Saúde da Criança e da Mulher do CHCB e à Comissão de Ética tendo sido aprovada (em anexo).

4. Resultados

No presente estudo verificamos que a prevalência global de recém-nascidos fruto de gravidez não vigiada no CHCB entre Janeiro de 2011 e Dezembro de 2013 foi de 5,38%, isto é, num total de 1729 partos verificaram-se 93 casos de recém-nascidos concebidos numa gravidez não vigiada.

A **Tabela 2** apresenta a distribuição do total de RN no CHCB por ano, assim como o total de RN fruto de GNV nesse mesmo período.

Tabela 2 – População recém-nascida entre 2011-2013 no Centro Hospitalar Cova da Beira

Ano de Nascimento	População total de Recém-nascidos (N)	População de Recém-nascidos fruto de GNV (N)
2011	568	31
2012	611	40
2013	550	21
Total	1729	93

Neste estudo foram incluídos um total de 173 grávidas e 174 recém-nascidos, dos quais 93 recém-nascidos e 92 grávidas corresponderam a gravidez não vigiada, e as restantes 81 grávidas e 81 recém-nascidos, ao grupo de gravidez vigiada.

Na **Figura 1** vemos a evolução das GNV ao longo dos 3 anos em estudo. Através da sua análise constatamos que, não obstante o facto de se registar um incremento da incidência de GNV entre 2011 e 2012 (1,09%), houve uma diminuição do número de GNV entre 2012 e 2013 (2,73%).

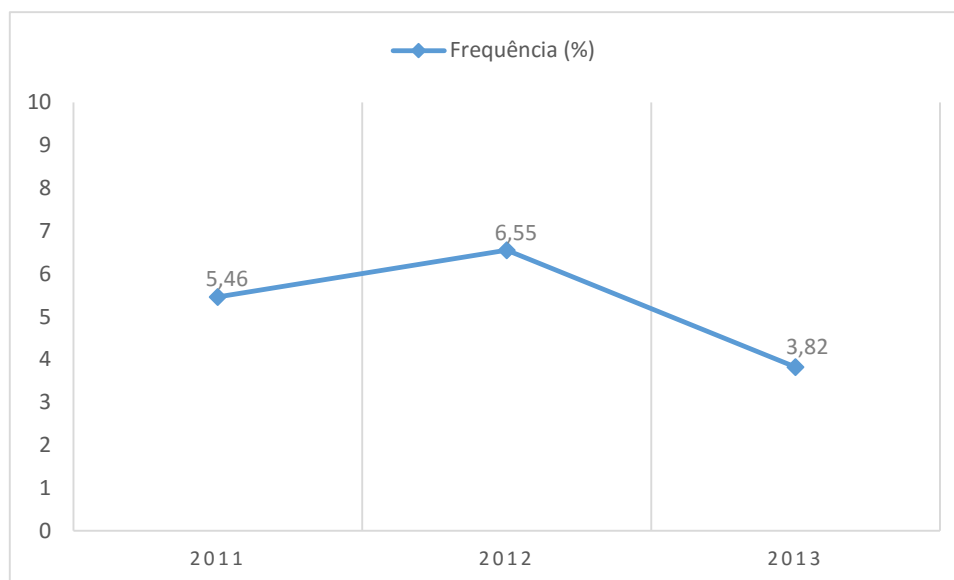


Figura 1 - Incidência de gestações não vigiadas entre 2011-2013 no CHCB

4.1 Caracterização Sociodemográfica

As principais variáveis sociodemográficas que caracterizam a amostra encontram-se resumidas na Tabela 3. Destaca-se que, quanto à nacionalidade das grávidas, 88,4% eram de origem portuguesa, sendo 11,6% emigrantes. O teste do Qui-quadrado evidenciou que as mulheres emigrantes têm risco acrescido de GNV face às mulheres de origem portuguesa ($p < 0,000$).

A média de idade das grávidas foi 28,8 anos de idade, com uma idade mínima de 15 anos e máxima de 42 anos. Na análise por grupos de risco, 4,7% eram mães adolescentes (< 18 anos) e 51,5% tinham mais de 29 anos de idade. O teste do Qui-quadrado evidenciou que as mulheres mais jovens tinham risco acrescido de GNV ($p < 0,024$).

Em relação ao estado civil, 43,4% eram solteiras, representando gestações fora de relações estáveis. Já 56,6 % eram casadas, viviam em união de facto, eram separadas, divorciadas ou viúvas. O teste do Qui-quadrado evidenciou que as mulheres fora de relações estáveis tinham maior propensão para ter GNV ($p < 0,001$).

Relativamente à paridade 54,5% das grávidas eram múltiparas.

No que respeita à situação profissional a maioria das grávidas (66,7%) tinham contrato de trabalho. Das restantes grávidas, 6,9% eram estudantes e 26,4% eram domésticas ou desempregadas. O teste do Qui-quadrado evidenciou que as mulheres sem contrato de trabalho tinham mais tendência a ter GNV ($p < 0,002$).

Nas habilitações literárias, 68,8% não tinham formação universitária. O teste do Qui-quadrado evidenciou que as mulheres sem habilitações literárias tinham um risco superior de ter uma GNV ($p < 0,019$).

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica das grávidas do CHCB entre 2011-2013

Variável	Total		Gravidez Vigiada		Gravidez Não Vigiada	
	N	%	N	%	N	%
Idade (anos)						
< 18	8	4,7	1	1,2	7	7,8
18 - 29	75	43,8	35	43,2	40	44,4
> 29	88	51,5	45	55,6	43	47,8
Estado Civil						
Solteiras/ Divorciadas/ Viúvas/ Separadas	63	43,4	21	29,2	42	57,5
Casadas/ União de facto	82	56,6	51	70,8	31	42,5
Profissão						
Estudante	10	6,9	3	4,2	7	9,7
Empregada	96	66,7	58	80,6	38	52,9
Desempregada	38	26,4	11	15,3	27	37,5
Habilitações literárias						
Com formação universitária	45	31,2	29	40,3	16	22,2
Sem formação universitária	99	68,8	43	59,7	56	77,8
Paridade						
Primípara	71	45,5	35	47,3	36	43,9
Multipara	85	54,5	39	52,7	46	56,1
Nacionalidade						
Portuguesa	153	88,4	79	97,5	74	80,4
Outra	20	11,6	2	2,5	18	19,6

As características das grávidas com gravidez vigiada e com gravidez não vigiada são apresentadas na Tabela 4, onde destacamos que um número significativo das mulheres com gravidez não vigiada não a desejavam (n=30; 41,7%); não têm uma união próxima com o parceiro (casadas/União de facto) (n=42; 57,7%); não têm formação universitária (n=56; 77,8%); com antecedentes de abortamentos (n=16; 19,5%); não tinham citologia prévia recente (n=23; 31,9%)

O teste do Qui-quadrado evidenciou que as mulheres que não desejavam engravidar ($p < 0,000$), assim como as sem citologia pré-concepcional recente ($p < 0,000$), tinham maior propensão para ter uma GNV.

Tabela 4 – Características maternas das grávidas com GNV e GV

	Gravidez Vigiada		Gravidez Não Vigiada	
	Número	Porcentagem	Número	Porcentagem
Desejada	61	84,7	42	58,3
Solteira	21	29,2	42	57,5
Com formação universitária	29	40,3	16	22,2
Portuguesa	79	97,5	74	80,4
Grupo Rh+	69	86,3	75	87,2
Primípara	35	47,9	36	43,9
Aborto prévio	8	10,3	16	19,5
Com citologia prévia	68	94,4	49	68,1
VIH Positivo	0	0	1	1,1
Toxoplasmose NI	64	80	75	85,2
Rubéola NI	2	2,5	4	4,5
CMV NI	2	7,1	4	3,9

Na Tabela 5 temos a distribuição percentual do grupo ABO nas grávidas com gestações não vigiadas. Verifica-se que a maioria das grávidas pertence ao grupo sanguíneo A (n=36; 41,9%), B (n=13; 15,1%), O (n=35; 40,7%).

O teste do Qui-quadrado evidenciou a existência de associação entre a vigilância da gravidez e o grupo sanguíneo das grávidas ($p < 0,014$), sendo que as mulheres dos grupos sanguíneos A e O tinham mais tendência para ter GNV.

Tabela 5 – Distribuição do Grupo ABO nas Gestações não vigiadas

	Número	Porcentagem
A	36	41,9
AB	2	2,3
B	13	15,1
O	35	40,7

Na Figura 2 faz-se uma distribuição por profissão e regista-se que uma percentagem importante era desempregada (n=27; 37,5%) ou estudante (n=7; 9,7%).

PROFISSÃO

■ Estudante ■ Empregada ■ Desempregada

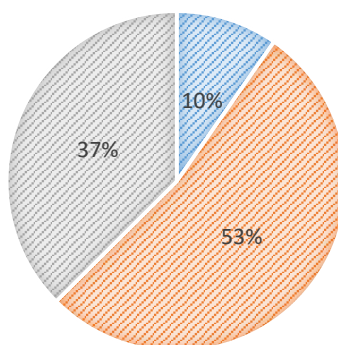


Figura 2 - Incidência da profissão das grávidas com GNV

Na **Figura 3** faz-se uma distribuição etária das grávidas com gestações não vigiadas segundo a frequência relativa e absoluta, respetivamente. Verifica-se que a maioria das grávidas tem idade compreendida entre os 18 e os 29 anos ($n=40$; 44,4%), não diferindo muito do número de grávidas com idade superior a 29 anos ($n=43$; 47,8%). Uma porção significativa ($n=7$; 10%) das grávidas com GNV eram menores de idade, ao passo que nas gestações vigiadas as grávidas adolescentes eram em muito menor número ($n=1$; 2,5%).

Idade da mãe (anos)

■ < 18 ■ 18-29 ■ > 29

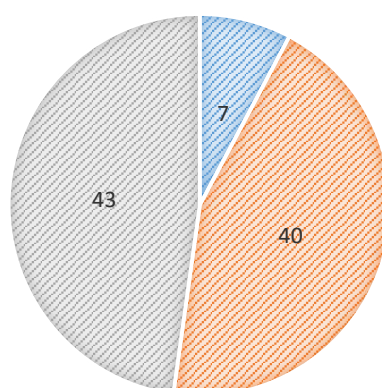


Figura 3 - Distribuição da frequência etária das grávidas com GNV

4.2 Evolução da Gravidez

Na **Tabela 6** estão indicados os dados relativos à evolução da gravidez e do parto, sendo de destacar que uma amostra significativa das gestações não vigiadas tinham tido um número de consultas inferior a 4 (n=35; 40,7%); realizado um número de ecografias menor que 3 (n=47; 56,6%); a idade gestacional da primeira consulta foi após as 8 semanas (n=42; 73,7%); tiveram partos prematuros (n=23; 25,3%); sofreram rutura prematura das membranas (n=31; 33,7%); tinham tido cesarianas (n=15; 16,3%); tiveram complicações intraparto (n=27; 29,3%); eram positivas para SGB (n=15; 34,9%).

Das complicações da gravidez destacam-se os 4 casos de restrição de crescimento intrauterino (RCIU).

Tabela 6 – Características gestacionais das grávidas com GNV e GV

	Gravidez Vigiada		Gravidez Não Vigiada	
	Número	Porcentagem	Número	Porcentagem
Nº consultas < 4	0	0	35	40,7
Nº ecografias < 3	0	0	47	56,6
IG 1ª consulta ≥ 9 semanas	22	45,8	42	73,7
IG parto < 37 semanas	7	8,6	23	25,3
Hábitos nocivos	7	9,7	17	23,3
Aumento ponderal ≥ 12kg	35	48,6	53	71,6
RPM	37	45,7	31	33,7
Parto Distóxico	33	25,9	42	29,3
Cesariana	12	14,8	15	16,3
Complicações intraparto	13	16	27	29,3
SGB Positivo	9	11,8	15	34,9

O teste do Qui-quadrado evidenciou que as mulheres com um maior aumento ponderal tinham maior risco de ter uma GNV ($p < 0,029$). O risco para GNV é também acrescido nas mulheres com SGB positivo.

Nas **Tabelas 7 e 8** faz-se um registo da frequência relativa e absoluta da idade gestacional à 1ª consulta e no parto. Verifica-se que, tal como foi constatado anteriormente, 73,7% de grávidas tiveram a 1ª consulta após as 8 semanas (n= 42) e 25,3% tiveram partos prematuros (n=23).

Tabela 7 – Idade gestacional aquando da 1ª consulta

Número de Semanas	Número	Percentagem
≤ 8	15	26,3
≥ 9	42	73,7

Tabela 8 – Idade gestacional no parto

Número de Semanas	Número	Percentagem
< 37	23	25,3
≥ 37	68	74,7

Na Tabela 9 faz-se uma análise da vigilância da gravidez não vigiada no CHCB no período considerado. As variáveis em estudo foram o número de consultas, o número de ecografias e a idade gestacional na 1ª consulta.

Tabela 9 – Análise da vigilância de GNV no CHCB entre 2011-2013

Nº de consultas	Média	3,97
	Desvio Padrão	1,46
	Mínimo	0
	Máximo	5
Nº de ecografias	Média	2,21
	Desvio Padrão	0,92
	Mínimo	0
	Máximo	3
Idade gestacional da 1ª consulta	Média	17,33
	Desvio Padrão	9,702
	Mínimo	0
	Máximo	36

O teste do Qui-quadrado evidenciou que quanto menor o número de consultas maior o risco de ter uma GNV ($p < 0,000$), quanto menor o número de ecografias mais acrescido é o risco de GNV ($p < 0,000$), e que as mulheres com idade gestacional da primeira consulta mais tardia têm maior propensão para ter GNV ($p < 0,000$).

Pelo coeficiente de correlação linear de Pearson constata-se uma forte tendência para observar um maior número de ecografias quando o número de consultas é mais elevado ($r = 0,700$; $P < 0,000$), uma tendência estatisticamente significativa para a idade gestacional à data do parto

ser mais precoce no grupo das GNV ($r= 0,292$; $P< 0,000$), e uma tendência algo significativa para observar valores de peso maiores quando o número de consultas é mais elevado ($r= 0,248$; $P< 0,001$).

Na **Tabela 10** vão registadas as causas de morbilidade materna nas grávidas com GNV. Foi registada morbilidade em 16,3% ($n=15$) das mulheres com gravidez não vigiada.

Na maioria das grávidas documentou-se anemia ferropénica ($n=10$), sendo que a pré-eclâmpsia foi a segunda causa de morbilidade mais prevalente ($n=3$), seguida pela diabetes gestacional, síndrome de HELLP e oligoâmnio ($n=2$). Também se registaram, em igual número ($n=1$), trombocitopenia e hipertensão arterial. Foi descrita como *complicada* a causa de morbilidade materna num dos casos.

Tabela 10 – Frequência da morbilidade nas grávidas com GNV

Anemia ferropénica	10
Pré-eclâmpsia	3
Síndrome de HELLP	2
Oligoâmnio	2
Diabetes gestacional	2
Complicada	1
Trombocitopenia	1
Hipertensão arterial	1

Fez-se um estudo da correlação da adoção de hábitos nocivos, isto é, hábitos tabágicos e/ou alcoólicos, com fatores gestacionais e neonatais. Da sua análise é possível identificar uma influência significativa nomeadamente no que ao recém-nascido diz respeito.

O teste do Qui-quadrado evidenciou que as mulheres que mantiveram hábitos nocivos durante o período gestacional tinham maior tendência a ter uma GNV ($p< 0,028$).

Na **Figura 4** vemos que 30,8% dos casos de morbilidade puerperal as mães adotaram hábitos nocivos durante a gravidez, assim como em 30,4% dos casos de complicações intraparto, 22,2% dos casos de nados-vivos e complicações do recém-nascido, 35,3% dos casos de malformações dos recém-nascidos.

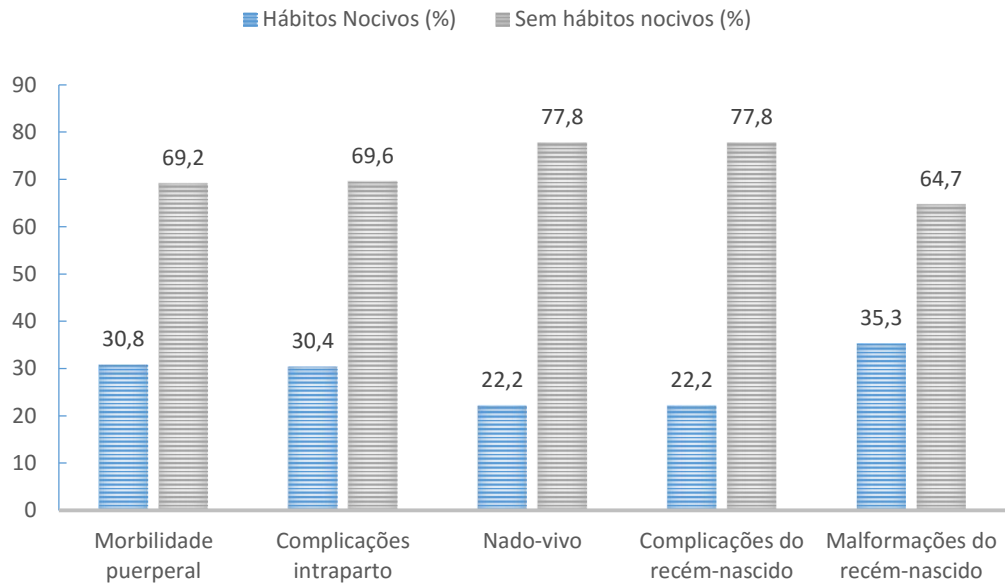


Figura 4 - Influência dos hábitos nocivos nas grávidas e recém-nascidos em GNV

4.3 Parto

Na **Figura 5** indicam-se as principais complicações intraparto registadas nas GNV, patentes em 29,3% (n=27). Com menor frequência, mas ainda em número significativo assinalaram-se mães com parto estacionário (n=2) e placenta prévia (n=1).

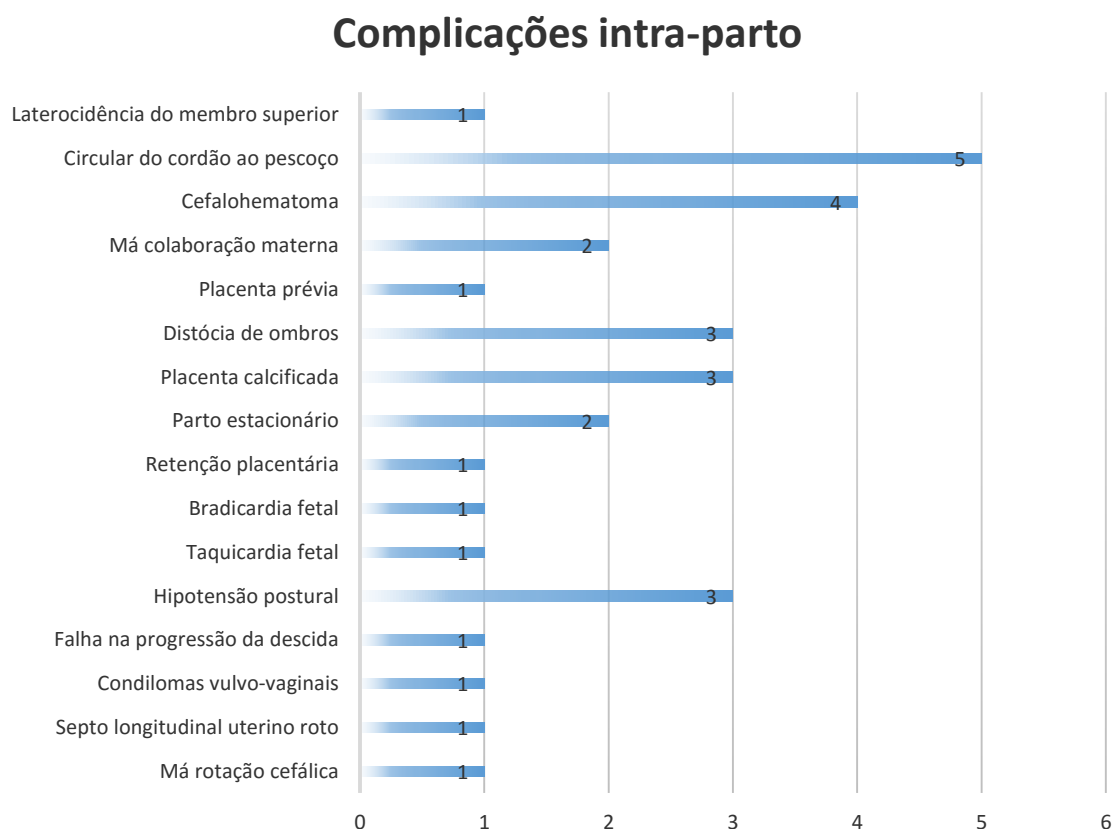


Figura 5 - Frequência das complicações intraparto em grávidas com GNV

O teste do Qui-quadrado revela que uma GNV está associada a um risco acrescido de complicações intraparto ($p < 0,038$).

4.4 Evolução do Período Neonatal

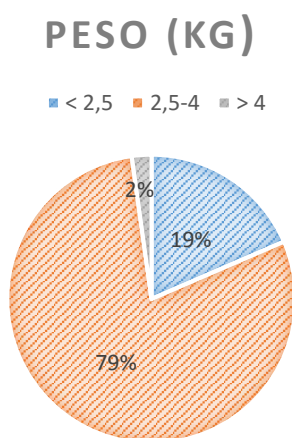
Na **Tabela 12** estão indicados os parâmetros neonatais referentes aos recém-nascidos, sendo de destacar que um número de casos significativo teve APGAR ao 1º e 5º minuto inferior a 7 (n=13; 14,1%) e (n=1; 1,1%), respetivamente; necessitou de reanimação (n=10; 11%); apresentou sinal de sofrimento fetal agudo (n=12; 13,2%); teve complicações (n=55; 60,4%); padeceu de hipoglicemia (n=10; 11%); tiveram icterícia (n=45; 49,5%), recém-nascidos com hiperbilirrubinémia necessitaram de fototerapia (n=24; 26,4%); tiveram malformações (n=19; 20,9%); tinham comprimento ao nascer inferior a 50cm (n=59; 80,5%); encontravam-se em contexto de risco social (n=27; 30%).

Tabela 12 – Características neonatais de recém-nascidos fruto de GNV

	Gravidez Vigiada		Gravidez Não Vigiada	
	Número	Percentagem	Número	Percentagem
Nado-vivo	80	98,8	91	98,9
APGAR 1º min < 7	72	11,1	79	14,1
APGAR 5º min < 7	1	1,2	1	1,1
Reanimação	3	3,8	10	11
Acidose Metabólica	0	0	5	5,5
Comprimento ≤ 49cm	48	72,4	59	80,5
Malformações	21	26,3	19	20,9
RANU Positivo	1	1,3	2	2,4
Reflexos Anormais	1	1,3	3	3,6
Vasos no cordão ≠ 3	2	1,3	0	0
Risco Social	1	1,3	27	30
Sinal de SFA	0	0	12	13,2
Hipoglicemia	0	0	10	11
Hiperbilirrubinémia	39	48,8	45	49,5
Hiperbilirrubinémia + Fototerapia	9	11,3	24	26,4
Complicações totais	49	60,5	55	60,4

Na **Figura 6** avalia-se a distribuição percentual dos recém-nascidos segundo o peso ao nascer nas GNV. Verificou-se que uma percentagem significativa de bebés tinham peso inferior a 2,5kg (n=17; 18,5%), ao passo que nas gestações vigiadas somente 4,9% (n=4) dos recém-nascidos apresentaram esta característica. Já 2,2% (n=2) dos bebés tinham peso superior a 4kg, enquanto nas gestações vigiadas a frequência deste parâmetro não é tao dispare (n=2; 2,5%).

Do teste do Qui-quadrado constatou-se que uma GNV está associada a um risco acrescido de sofrimento fetal agudo ($p < 0,001$), de hipoglicemia ($p < 0,002$), de acidose metabólica ($p < 0,033$), de necessidade de fototerapia ($p < 0,012$), e de risco social ($p < 0,000$).



Na **Figura 6** - Distribuição dos recém-nascidos fruto de GNV segundo o peso

Figura 7 avalia-se a distribuição por género em GNV. Regista-se uma predominância do sexo feminino ($n=51$; 54,9%) face ao sexo masculino ($n=41$; 45,1) nas GNV. O oposto regista-se ao nível das gestações vigiadas, em que preponderam bebés do sexo masculino ($n=47$; 58%) face ao feminino ($n=34$; 42%).

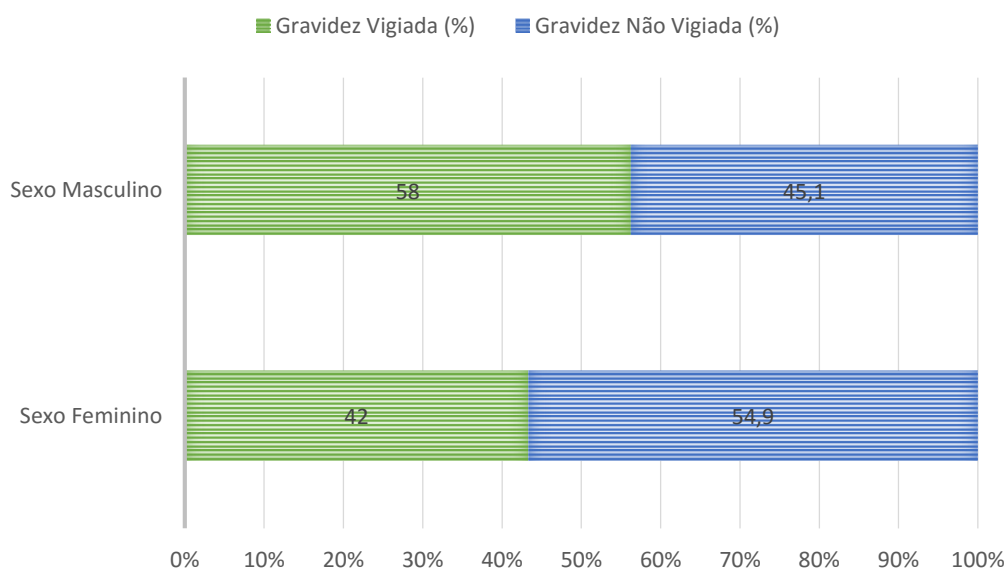


Figura 7 - Distribuição dos recém-nascidos fruto de GNV segundo o género

Fez-se um estudo da correlação entre o Índice APGAR no 1º e no 5º minuto e o peso ao nascer em recém-nascidos fruto de GNV. O coeficiente de correlação linear de Pearson demonstra que há uma tendência para observar valores de APGAR mais elevados quando o peso é mais elevado - Índice APGAR - primeiro minuto ($r=0,257$; $P < 0,001$) e quinto minuto ($r=0,280$; $P < 0,000$).

Na **Figura 8** estão indicadas as malformações em recém-nascidos de gestações não vigiadas, das quais se destacam 3 casos de persistência do canal arterial, casos únicos de microcefalia, plagiocefalia, hidrocefalia, plagiocéfalia, hidrocefalia, quisto do sulco caudotalâmico e vasculopatia lenticulo-estriada.

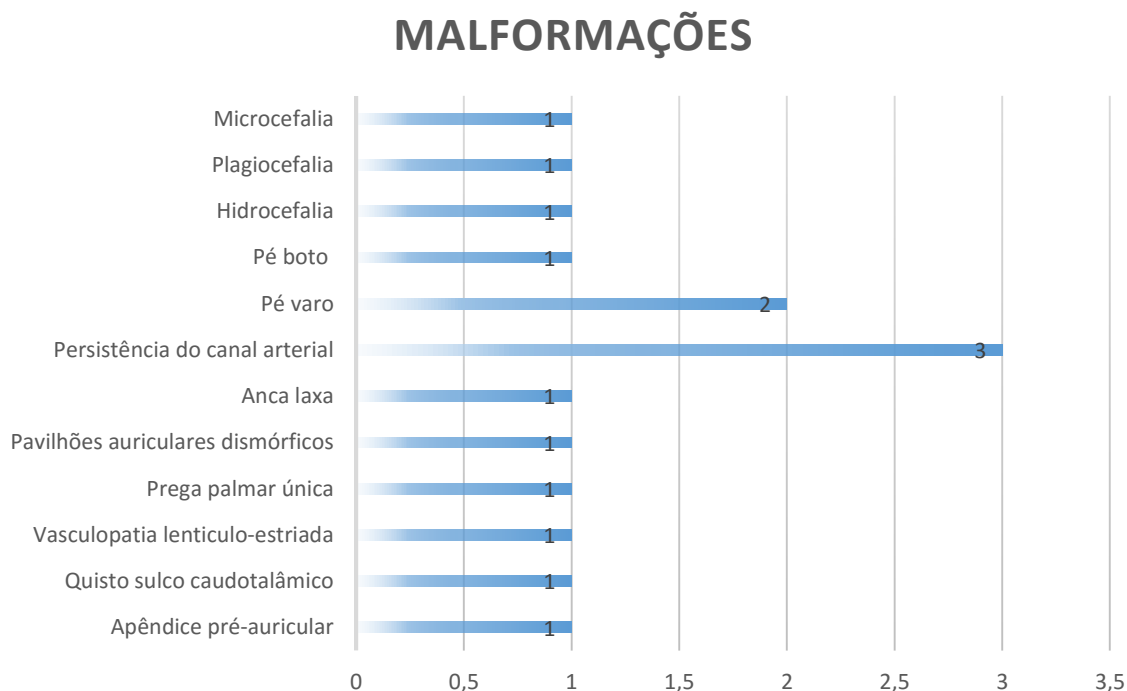


Figura 8 – Frequência das malformações em recém-nascidos fruto de GNV

Na **Tabela 13** estão indicadas as principais malformações em recém-nascidos de gestações vigiadas e não vigiadas.

Tabela 13 – Malformações nos recém-nascidos de GV e GNV

Gravidez Não Vigada		Gravidez Vigiada	
Persistência do canal arterial	3	Hidrocefalia	2
Pé varo	2	Plagiocefalia	1
Vasculopatia lenticulo-estriada	1	Artéria umbilical única	1
Prega palmar única	1	Ectasia piélica	1
Pavilhões auriculares dismórficos	1	Hidrocelo	1
Pé boto	1	Pé valgo	1
Apêndice pré-auricular	1	Assimetria craniofacial	1
Hidrocefalia	1		
Plagiocefalia	1		
Anca laxa	1		
Microcefalia	1		
Quisto sulco caudotalâmico	1		

Pela análise da **Tabela 13**, podemos inferir que efetivamente há uma maior variedade de malformações nos recém-nascidos de gravidezes não vigiadas. Ademais, a gravidade das malformações tem um maior potencial *life-threatening*, com um risco superior de co-morbilidades futuras, ao que se lhe acresce uma diminuição da qualidade de vida. A título de exemplo temos o caso de microcefalia.

Na **Figura 9** descreve-se a frequência de patologia respiratória em recém-nascidos derivados de gestações não vigiadas.

Assinalam-se 7 casos de cianose, 4 de asfixia perinatal, 3 de Hipertensão Pulmonar Persistente Neonatal, 3 de Síndrome da Angústia Respiratória, 3 de gasping. Em menor número verificaram-se 2 casos de displasia broncopulmonar, 2 de gemido, 2 de bradipneia. Verificaram-se casos únicos (n=1) de acrocianose, tiragem, polipneia com adejo nasal, obstrução nasal, apneia secundária à aspiração, pausas frequentes, respiração irregular, taquipneia. Registou-se um caso em que o recém-nascido não apresentava movimentos respiratórios (nado morto).

PATOLOGIA RESPIRATÓRIA

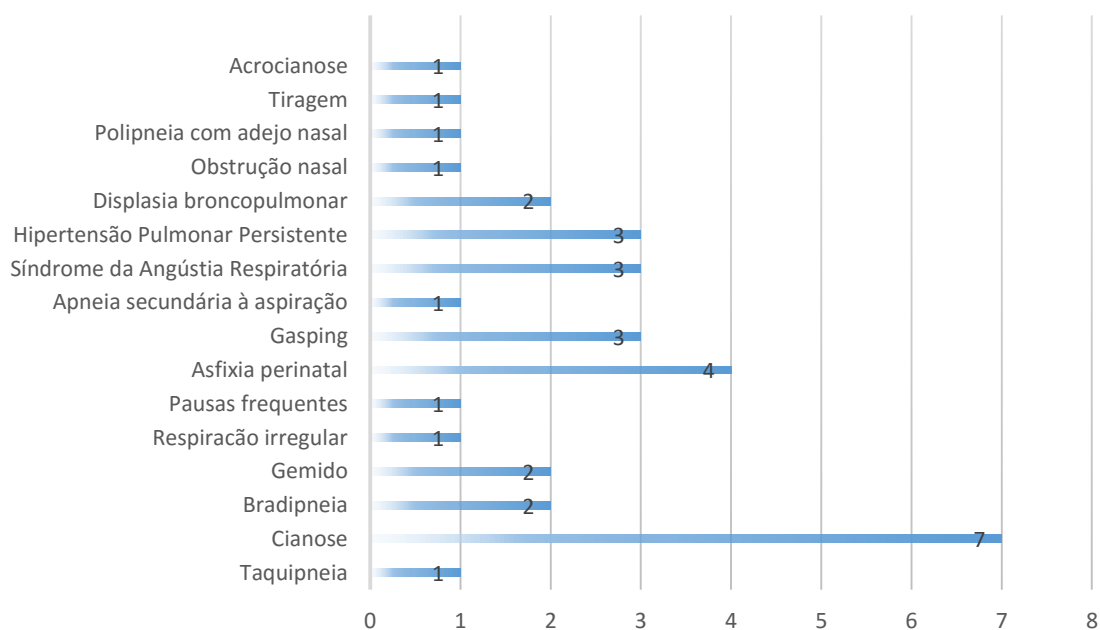


Figura 9 - Frequência da patologia respiratória em recém-nascidos fruto de GNV

Na **Figura 10** registam-se as complicações neonatais nos recém-nascidos de gestações não vigiadas. As lesões de eritema tóxico destacam-se com 11 casos, assim como a hipotonia (n=6). Verificaram-se 3 casos de anemia grave, sépsis neonatal, pequeno para a idade gestacional (PIG - recém-nascido cujo peso ao nascer está abaixo do percentil 10 para o esperado para a sua idade gestacional), bradicardia; 2 casos de hiperextensão cervical, pele com sinais de dismatu-

ridade, trombocitopenia, pletórico, encefalopatia hipóxico-isquêmica, refluxo gastro-esofágico, hemorragia intracraniana, lesões de candidíase; e 1 caso de enterocolite necrosante, policitemia, instabilidade térmica, síndrome de privação, edema cerebral.

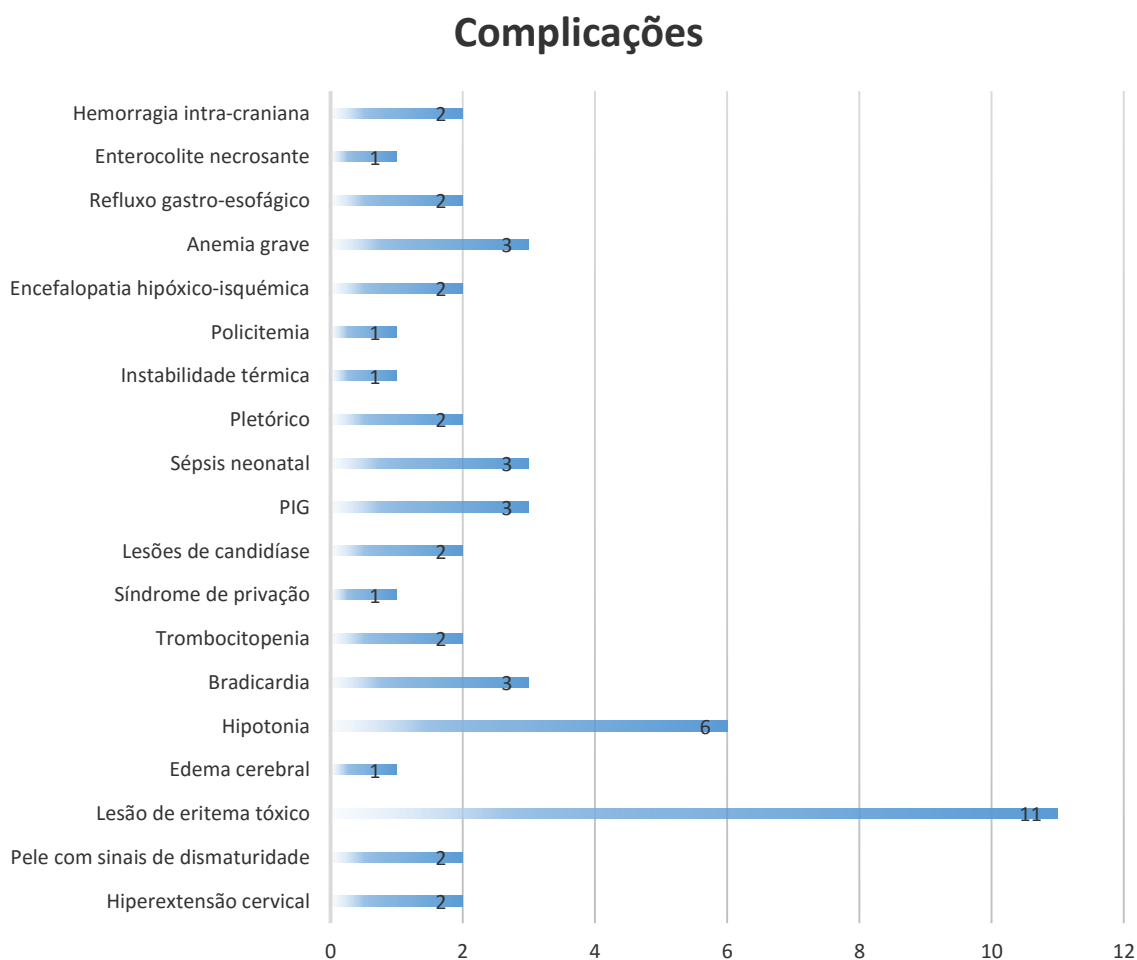


Figura 10 - Frequência das complicações neonatais nos recém-nascidos fruto de GNV

Na **Tabela 14** estão indicadas as principais complicações em recém-nascidos de gestações vigiadas e não vigiadas.

Pela análise da tabela, podemos depreender que há uma maior complexidade ao nível das complicações associadas a gravidezes não vigiadas em comparação com as gestações vigiadas.

Tabela 14 – Complicações no RN de GV e GNV

Gravidez Não Vigada		Gravidez Vigiada	
Lesões de eritema tóxico	11	Lesões de eritema tóxico	11
Hipotonia	6	Pletórico	6
Bradycardia	3	Macrossomia	3
Pequeno para a idade gestacional (PIG)	3	Hipotonia	2
Sépsis neonatal	3	Anemia	1
Anemia grave	3	Bradycardia	1
Hemorragia intracraniana	2	Conjuntivite	1
Trombocitopenia	2	Desidratação hipernatrémica	1
Pele com sinais de dismaturidade	2	Clampagem precoce	1
Pletórico	2	PIG	1
Lesões de candidíase	2	Aerocolia	1
Hiperextensão cervical	2	Fratura clavicular	1
Encefalopatia hipóxico-isquémica	2	Sinais de dismaturidade da pele	1
Refluxo gastro-esofágico	2		
Síndrome de privação	1		
Instabilidade térmica	1		
Edema cerebral	1		
Policitemia	1		
Enterocolite necrosante	1		

4.5 Evolução do Puerpério

Na **Tabela 15** registam-se as principais características do pós-parto, das quais se destacam: um número significativo de grávidas teve morbilidade puerperal (n= 15; 16,3%); ficou internada por um período superior a 4 dias (n=26; 28,3%); teve alta médica a pedido (n=10; 10,9%); sofreu um aumento ponderal superior a 12kg (n=53; 71,6%), não têm revisão do puerpério documentada (n=46; 50%).

Em relação à morbilidade puerperal registou-se, a título de exemplo, um caso de congestão mamária.

Tabela 15 – Características do pós-parto das grávidas com GNV e GV

	Gravidez Vigiada		Gravidez Não Vigiada	
	Percentagem	Número	Percentagem	Número
Hemorragia pós-parto	3,7	3	7,6	7
Transfusão	0	0	3,3	3
Dias de internamento \geq 4	12,3	10	28,3	26
Morbilidade puerperal	22,2	18	16,3	15
Alta a pedido	1,2	1	10,9	10
Revisão do puerpério	50	46	49,4	40

O teste do Qui-quadrado evidenciou que as mulheres com maior tempo de internamento tinham risco acrescido de ter tido uma GNV ($p < 0,004$), assim como as mulheres que tiveram alta a pedido tinham maior propensão de ter tido uma GNV ($p < 0,010$).

Relativamente à mortalidade materna, não se registaram casos em qualquer dos grupos. (GV e GNV).

4.6 Evolução do Primeiro Ano de Vida

As características inerentes ao primeiro ano de vida englobam: desenvolvimento da criança, internamentos, idas ao Serviço de Urgência Pediátrico, consultas no médico assistente/pediatra.

Na **Tabela 16** está indicada a evolução do RN de ambos os grupos durante o primeiro ano de vida, destacando-se uma amostra representativa de crianças fruto de GNV que não apresentou um desenvolvimento dentro dos percentis considerados normais (n=21; 30,4%); foi internada (n=20; 29%); recorreu ao Serviço de Urgência Pediátrico (n=62; 89,9%); não têm registo de consultas tanto no médico assistente como no pediatra (n=29; 42,6%).

Tabela 16 – Características infantis de recém-nascidos fruto de GNV

	Gravidez Vigiada		Gravidez Não Vigiada	
	Percentagem	Número	Percentagem	Número
Desenvolvimento normal	98,8	80	69,6	48
Internamentos	9,9	8	29	20
Idas ao SUP	59,3	48	89,9	62
Consultas	100	81	57,4	39

O teste do Qui-quadrado demonstrou que a uma GNV está associado um risco acrescido de desenvolvimento anormal ($p < 0,000$), maior número de internamentos ($p < 0,003$), maior número de idas ao Serviço de Urgência Pediátrico ($p < 0,000$), e um não seguimento em consultas ($p < 0,000$).

5. Discussão

No estudo efetuado verificou-se que, no período em análise, cerca de 5,38% das gestações não tiveram a adequada vigilância, o que está em concordância com o panorama nacional. Ademais, entre os anos 2011 e 2012, registou-se um aumento de 1,09% desse parâmetro, não obstante a redução de 2,73% que se verificou no ano seguinte. Apesar de o número da amostra ser pequeno, tal torna-se significativo, uma vez que a parcela desta população de risco é representativa.

Tais valores aliciaram a investigação de possíveis fatores etiológicos, tanto inerentes à mãe como à gestação, que demonstrassem correlações com o parto e a morbimortalidade dos recém-nascidos. Isto, uma vez que tanto a saúde como a sobrevivência dos recém-nascidos está intimamente relacionada com os cuidados que a grávida recebe antes e durante o período gestacional, assim como no parto e no período pós-natal (30).

Nesse sentido, fez-se uma avaliação retrospectiva da evolução da gravidez e dos cuidados pré-natais a partir de 92 casos de gestações não vigiadas em comparação com 81 casos de gestações vigiadas, na qual foram analisados e caracterizados parâmetros demográficos, sociais, laborais, antecedentes médicos e obstétricos, aspetos da gestação e parto atuais, assim como foram consideradas instâncias inerentes ao bem-estar do recém-nascido.

A vigilância dos comportamentos e ocorrências ao longo da gravidez é curial para uma melhoria da saúde materna, neonatal assim como a saúde da população a longo prazo (19). Estudos observacionais demonstraram, de forma efetiva, que os cuidados pré-natais previnem problemas tanto para a mãe como para o recém-nascido (25), condicionando, de forma inequívoca, o prognóstico.

A Alta Comissária da Saúde e o Presidente da Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal calculam que a taxa de gravidezes não vigiadas em Portugal é semelhante à de outros países europeus (38).

De acordo com outros estudos realizados, apesar da vigilância pré-natal ser cada vez mais adequada no nosso país (4), a vigilância médica da gravidez em Portugal ainda não está generalizada, sendo que muitas mulheres recorrem aos cuidados de saúde somente na altura do parto (5). Nos últimos anos, no nosso País, regista-se que cerca de 25% das grávidas têm cuidados pré-natais inadequados, tanto no que concerne ao número como à qualidade das consultas (10). Num outro estudo realizado em Portugal, a gravidez não vigiada ocorreu em 7,5% dos casos, sendo esse valor mais elevado que o conhecido para a população portuguesa (31).

Contraditoriamente, há estudos nos quais se verifica um menor número de gestações não vigiadas, demonstrando uma melhoria no foro dos cuidados de saúde (11). Para além disso, a quase

totalidade dos partos decorre nos Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH), sendo que uma percentagem superior a 95% das gestações tem vigilância médica (3), o que demonstra uma maior sensibilização das grávidas e dos clínicos para a relevância da mesma, assim como uma melhoria da informação e do acesso aos cuidados de saúde (11).

Segundo Jorge Branco (38), os números obtidos relativamente à vigilância da gravidez em território nacional são muito melhores. Contudo, permanecem muitos casos de não vigilância que implicam complicações tanto para a mãe como para o filho. Por conseguinte, acarretando um maior dispêndio por parte do Estado do que o que seria gasto no acompanhamento da gravidez. Tal é corroborado por um outro estudo no qual se defende que, desta forma, se prevenirá a ocorrência de resultados adversos da gravidez, tal como o parto pré-termo, o que irá acarretar vantagens em termos económicos, nomeadamente a redução dos cuidados neonatais intensivos (35).

No nosso estudo verificamos que cerca de 7,8% das grávidas eram menores de idade, percentagem essa significativa e superior à que se registou nas mães com gravidez vigiada. Além disso, demonstrou-se que mulheres mais jovens têm maior propensão para terem uma GNV. Foram identificados na literatura os grupos etários com maior incidência de gravidez não vigiada, sendo a idade inferior a 20 anos a que apresenta piores índices de vigilância (31).

Cerca de metade da nossa amostra tinha idade superior a 29 anos (47,8%). De acordo com os resultados do INE (17), o grupo etário em que se verificou a maior parte dos partos (34,5%) foi dos 30 aos 34 anos, sendo que a idade média para o nascimento de um filho alcançou os 30,2 anos. Em Portugal observa-se um aumento da idade de nascimento do primeiro filho desde os Censos 1981 (13), relacionado com aspetos de natureza social, que advém da transformação dos modelos familiares e normas sociais, assim como da necessidade das mulheres articularem as exigências profissionais e familiares (12), dos quais resulta uma entrada mais tardia na conjugabilidade e parentalidade (17). Para tal contou-se com o contributo de um acesso generalizado aos métodos contraceptivos, o que permite adiar o nascimento dos filhos para um momento de maior estabilidade (11).

Todavia, a maternidade tardia pode estar associada a complicações para a mãe e para o filho (12). O nível global de risco de triploidia fetal numa mulher de 35 anos é de aproximadamente 1 em 250 (29), a título de exemplo.

Também se verificou que 57,2% das mães com gravidez não vigiada não se encontravam numa relação de proximidade com o parceiro, valor superior ao das grávidas com vigilância. Além disso, evidenciou-se a existência de uma maior propensão para se ter uma GNV quando não se mantém uma relação de proximidade com o progenitor. O que está em consonância com os dados do INE, nos quais se descreve uma tendência de diminuição significativa dos nascimentos dentro do casamento. Na literatura encontra-se exposto que a não planificação e não vigilância

da gestação está, muitas vezes, associada à ausência de estrutura familiar e/ou de um relacionamento estável. Sendo que 26,2% das mulheres negam uma relação estável na altura do parto (5).

Ao contrário do que se verifica na gravidez vigiada, no nosso grupo de estudo verificou-se um maior número de grávidas estudantes (9,7%) e desempregadas (37,5%). Para além disso, demonstrou-se que as mulheres sem contrato de trabalho têm maior propensão para ter GNV. Tal pode ser explicado pela falta de informação, de acessos ou de condições financeiras por parte das grávidas. Um número tão significativo ao nível das estudantes é controverso, na medida em que, atualmente, a educação para a saúde está bem presente no currículo escolar, e, como tal, seria de esperar que estas mulheres estivessem melhor informadas e cientes de como se devem e podem proteger, assim como dos riscos que acarreta uma gravidez sem a devida vigilância. Porém, a pressão familiar e/ou social podem instigar receio por parte da jovem que se subjeta às implicações do não seguimento médico. É possível relacionar a elevada percentagem de mães desempregadas com as mães sem habilitações literárias, uma vez que a taxa verificada neste grupo é superior à das grávidas com gravidez vigiada e é bastante significativa (77,8%).

No que concerne à paridade, ao contrário do que se verifica no grupo das gestações vigiadas no qual predomina a primiparidade, neste grupo prevalecem as múltiparas (56%). Foi efetuado um estudo do qual resulta que 24,6% das grávidas iam ter o primeiro filho e 15% eram grandes múltiparas. Das mulheres com gravidezes anteriores 21% tinham registo de gravidez anterior não vigiada, salientando-se que este número provavelmente se encontra subvalorizado, uma vez que em parte das mulheres não foi possível obter dados inerentes à vigilância de gestações prévias (5).

Como seria esperado, as taxas de vigilância da gravidez são superiores nas portuguesas, sendo que cerca de 19,6% das grávidas sem vigilância são estrangeiras. No nosso estudo foi possível inferir que as mulheres de origem não portuguesa têm risco acrescido de ter GNV.

Num estudo efetuado envolvendo imigrantes e portuguesas registou-se que cerca de 7,5% das gravidezes não foram vigiadas. De acordo com os Censos de 2011, cerca de 28% das crianças de nacionalidade estrangeira (13 983 crianças) nasceu em Portugal, isto é, têm naturalidade portuguesa. Este fato está relacionado com as características demográficas da população estrangeira, mais jovem e com índices de fecundidade mais elevados. Na comunidade chinesa, a mais relevante residente no nosso país, verifica-se que, no ano de 2013 mais de metade das crianças nasceu em Portugal (58,8%) (46).

São reconhecidos diversos aspetos de vulnerabilidade nesta população, tais como o desemprego, precariedade da empregabilidade, más condições de habitação, falta de habilitações literárias, entre outras, que podem justificar esta taxa.

No Hospital Amadora-Sintra, ainda que seja um meio contextualizado diferentemente do que o que estamos a estudar, registaram-se anualmente 400 grávidas que não foram acompanhadas (10% do total). Essa taxa, tida como muitíssimo alta, prendeu-se ao fato de uma grande percentagem das mulheres ser imigrante. "*As mulheres africanas, por exemplo, acham que a gravidez é um estado normal e acabam por ir à consulta já no terceiro trimestre. Só vão ao hospital se tiverem problemas*", diz Maria do Céu Machado (38).

Apesar dos bons resultados em termos de vigilância, a população imigrante poderá apresentar algumas vulnerabilidades no que ao acesso aos cuidados de saúde materno infantil diz respeito, daí que tal deva ser cuidadosamente monitorizado. A gravidez não vigiada, patologias maternas e o risco social explicam a maior mortalidade perinatal (durante a gestação e os primeiros dias de vida) dos recém-nascidos da população imigrante (31).

Embora muitas imigrantes passem por carências relativamente à saúde reprodutiva, para uma grande parte a migração pode dar-lhes acesso a melhores serviços de saúde (15).

No entanto, num outro estudo não se encontrou diferença na vigilância da gravidez entre portuguesas e estrangeiras, o que nesse caso demonstrou uma boa acessibilidade da população imigrante aos cuidados de saúde (11).

Assim sendo, tendo em conta os recentes fluxos migratórios (16), importa conhecer a acessibilidade deste grupo aos cuidados de saúde, assim como compreender as suas necessidades específicas (11). Nomeadamente pelo fato de as populações imigrantes colaborarem para uma maior taxa de mortalidade fetal e neonatal e patologia durante a gravidez, como se encontra descrito no estudo de Machado et al (18).

A etnia pode ser um fator determinante, uma vez que determinadas doenças são mais prevalentes em dados grupos étnicos. A título de exemplo temos o caso da anemia falciforme que é mais comum em afro-americanos, e a Tay-Sachs que é mais comum na população judia Ashkenazi (37).

Segundo Duran et al (40), prevalece o grupo sanguíneo A na Europa Ocidental, nomeadamente na população portuguesa e espanhola, sendo os grupos B e O mais comuns a Este. Relativamente ao fenótipo Rh, verifica-se que há uma frequência de Rh (D) negativo muito mais baixas no Mediterrâneo. Desse modo, é possível inferir que haja uma influência algo significativa da população imigrante na nossa amostra, na qual se verificou que 12,8% das gravidezes não vigiadas tinham o fenótipo Rh (D) negativo e somente 41,9% pertenciam ao grupo A (grupo B a representar 15,1% e grupo O 40,7%).

Um aspeto que é importante ressaltar é a positividade das mães para o Vírus da Imunodeficiência Humana no grupo das grávidas sem vigilância (1,1%), ao passo que nas grávidas com vigilância não se registou qualquer caso desta infeção.

Apesar de a maioria das gravidezes não vigiadas ser desejada (58,3%), esta percentagem é ainda menor do que no caso das vigiadas. Deste modo, verifica-se que 41,7% destas gestações não foram desejadas, o que é corroborado por estudos que afirmam que permanecem gravidezes não desejadas e sem consulta pré-concepcional no nosso país (4). No nosso estudo encontramos que as gravidezes não desejadas tendem a ser não vigiadas.

Segundo o INE (11), a percentagem de gravidezes desejadas registou um incremento nos últimos anos, sendo que este foi mais marcado nas faixas etárias com mais de 26 anos. Em Portugal, a acompanhar a notória diminuição da taxa de natalidade, o aumento das consultas e a promoção do planeamento familiar que se verificaram nos últimos anos, seria de esperar que a proporção de gravidezes não desejadas tendesse a decrescer e tivesse atualmente uma expressão diminuta (35%). A alta prevalência da gravidez não desejada e a sua tendência crescente a par da paridade reforça a necessidade de intervir de forma preventiva quer no decorrer das consultas pré-natais, quer através de serviços eficientes ao nível do planeamento familiar. Desse modo, ao promover-se o planeamento da gravidez e o nascimento de filhos desejados, estar-se-á a contribuir de forma benéfica para a saúde das mães e dos filhos (35).

Relativamente às grávidas com abortos prévios, verificou-se na população alvo que 19,5% tinham abortado. Esta fatia da amostra é bastante representativa e deve constituir uma preocupação. Foi demonstrado em estudos prévios que há uma elevada percentagem de abortos clandestinos que podem contribuir em até 33% das mortes maternas nesta população (33).

No grupo de grávidas sem vigilância registou-se que, comparativamente ao grupo com gravidez vigiada, uma maior percentagem das mulheres não tinham citologia prévia (31,9%), o que reflete a pouca adesão destas mulheres aos cuidados de saúde de forma mais generalizada no que ao que aos cuidados pré-natais diz respeito. Além disso, as mulheres sem citologia recente têm risco acrescido de ter uma GNV.

No que diz respeito ao seguimento das gestações, verificou-se que 40,7% da amostra recorreu a menos de 4 consultas, sendo que o *cut-off* para se considerar uma gravidez vigiada é de 6. Ademais, 56,6% das gestações realizaram um número de ecografias menor que 3. É de ressaltar que 73,7% das primeiras consultas se deram após a 9ª semana de gestação. Foi possível constatar uma forte tendência para observar um maior número de ecografias quando o número de consultas é mais elevado, assim como uma tendência algo significativa para observar um parto mais tardiamente quando o número de consultas é superior. Demonstrou-se que quanto menor o número de consultas maior o risco de ter uma GNV, quanto menor o número de ecografias mais acrescido é o risco de GNV, e que as mulheres com idade gestacional da primeira consulta mais tardia têm maior propensão para ter GNV.

Perto de 5% das grávidas não vão a consultas durante toda a gravidez ou parte dela (38). Tal é, de facto, preocupante, uma vez que com isso, aumentam o risco de morte e de complicações do bebé, tal como de perigos para a saúde materna. A precocidade da primeira consulta é de

capital importância não só para permitir uma mais correta definição da gravidez, mas igualmente para a prescrição de ácido fólico, prevenir a exposição a fatores patogénicos, fazer uma avaliação do risco de patologia que pode conduzir a uma decisão de aborto dentro do quadro legal, entre outros.

Segundo Maria do Céu Machado (38), as consequências de uma vigilância tardia ou nula podem ser extremamente graves, culminando na morte do próprio bebé. A título de exemplo temos a mortalidade perinatal (até aos 28 dias de vida), na qual esta duplicava nos casos em que não havia vigilância.

Contudo, Tyson et al (31), numa análise realizada a partir de 29 000 partos, observaram que existiam de fato benefícios significativos na vigilância da gravidez a partir das 30 semanas no entanto, ter iniciado a vigilância mais cedo não implica benefícios tao significativos.

Alguns dos riscos conhecidos da gravidez não vigiada são a prematuridade e o baixo peso (9). No nosso estudo verificamos que 25,3% das gestações ocorreram antes das 37 semanas, e 18,5% dos recém-nascidos tinham menos de 2,5kg. Estima-se que cerca de 9% dos partos em Portugal sejam prematuros, o que se encontra também associado a gravidezes não vigiadas. *"Filhos de mãe diabética, hipertensa, com infeção não tratada ou à espera de gémeos podem nascer prematuros e as cesarianas também aumentam quanto mais complicada é a gravidez"*, diz Fernanda Matos (38).

Alguns determinantes modificáveis que conduzem a partos pré-termo ou a crianças pequenas para a idade gestacional em países desenvolvidos, como Portugal, são o tabagismo e um elevado IMC (20). Na nossa amostra verificamos que cerca de 23,3% das grávidas mantiveram hábitos nocivos (tabagismo, alcoolismo) durante a gestação, e 31,6% das grávidas registaram um aumento ponderal igual/superior a 12kg. Além disso, constatou-se uma tendência algo significativa para observar valores de peso maiores quando o número de consultas é mais elevado, assim como se encontrou uma associação algo significativa entre a vigilância da gravidez e o aumento ponderal. Do nosso estudo, foi possível concluir que há uma influência significativa, nomeadamente no feto, dos hábitos nocivos mantidos pela grávida com os fatores gestacionais e neonatais, havendo uma associação algo significativa entre a vigilância e a adoção destes hábitos. Registou-se que 30,8% dos casos de morbilidade puerperal, 30,4% dos casos de complicações intraparto e 22,2% dos casos de nados-vivos estão associados a hábitos nocivos das grávidas.

Tal foi corroborado por um estudo previamente realizado no qual, ao avaliar-se os hábitos pessoais das grávidas se constatou que 33% referiam hábitos tabágicos durante a gravidez (5).

A grávida deve ser aconselhada relativamente aos efeitos deletérios da sua conduta no feto e na saúde da criança. Revisões de estudo Cochrane defendem que intervenções que promovam a cessação tabágica no período gestacional são efetivas na prevenção de partos prematuros e PIG (28).

Contrariamente ao que seria de esperar, somente 33,7% das gestações registaram rotura prematura das membranas, valor este que foi inferior ao encontrado nas gravidezes com adequada vigilância.

Já de acordo com o previsto, uma maior percentagem de grávidas teve parto distócico (29,3%), dos quais 16,3% foram cesarianas (Fernanda Matos afirmou, tal como se encontra supramencionado, que “*as cesarianas também aumentam quanto mais complicada é a gravidez*”).

Relativamente às complicações intraparto, estas foram encontradas em 29,3% das GNV. No grupo em estudo são de ressaltar algumas complicações, designadamente os casos de parto estacionário e placenta prévia. Encontramos que uma GNV tem tendência a ter complicações intraparto.

Na literatura (21) podemos ver que uma proporção significativa de *outcomes* adversos da gravidez, assim como a pré-eclâmpsia, está associada a condições maternas pré-existentes, tais como elevado índice de massa corporal e hipertensão arterial, que são passíveis de serem alterados. Mulheres diagnosticadas com pré-eclâmpsia estão usualmente associadas a maior risco de eventos cérebro ou cardiovasculares futuros (23).

Contrariamente ao expectável, verificou-se uma menor taxa de morbilidade nas grávidas com gravidez não vigiada face à vigiada, contabilizando 16,3% dos casos. A destacar nas grávidas sem vigilância temos os 10 casos de anemia ferropénica, o que se pode refletir na saúde e bem-estar tanto do recém-nascido (sobretudo ao nível da supressão das suas altas necessidades) como da mãe.

A nível mundial cerca de 50% das grávidas são anémicas. Tal figura 18% e 55% nos países desenvolvidos, como Portugal, e em vias de desenvolvimento (de onde advém grande parte dos nossos imigrantes), respetivamente.

Verificaram-se 7,6% de casos de hemorragia no pós-parto no nosso grupo de estudo, o que contabiliza mais do que nos casos de gravidez vigiada. Além disso, revelou-se necessária a transfusão sanguínea em 3,3% dos casos, sendo este um número maior do que o encontrado nas GV.

Mundialmente, a hemorragia contribui para 25% das mortes obstétricas diretas. A hemorragia pós-parto compõe a parcela mais significativa destas mortes. Ademais, estima-se que destes 14 milhões de casos de hemorragia, aproximadamente 50% se tratam de mulheres anémicas. A coexistência de anemia e hemorragia comumente resulta num desfecho trágico (32). É de salientar que num estudo realizado se concluiu que a hemorragia na gravidez pode advir de inúmeras causas, causas estas que não podem ser alteradas pela vigilância pré-natal (34).

No que diz respeito à sobrevivência tanto da mãe como do filho a prevalência foi igual em ambos os casos. Não se tendo comprovado nenhum caso de mortalidade materna e apenas um

caso de mortalidade de recém-nascido (1,1% em GNV) tanto nas gestações com e sem vigilância. O que não vai de encontro com o esperado, uma vez que seria de prever que esta taxa fosse superior nos casos sem vigilância.

Os resultados por nós obtidos não são corroborados por alguma literatura, sendo que em outros estudos a gravidez não vigiada se relacionou de forma estatisticamente significativa com maiores índices de morbimortalidade no recém-nascido (31). Estima-se que 33% dos óbitos ocorridos no período neonatal são evitáveis, sobretudo por uma vigilância pré-natal adequada (8,9).

Na literatura é possível encontrar estudos que vão de encontro com o aguardado e que afirmam que a não vigilância da gravidez aumenta a morbimortalidade neonatal, tendo-se provado que 29% dos recém-nascidos fruto de gestações sem vigilância tinham patologia e 51% eram pré-termo, para além de que a mortalidade neonatal neste grupo era mais elevado contabilizando para 1,4% (4).

Em Portugal, segundo dados fornecidos pelo INE, as taxas de mortalidade materna e neonatal registaram uma expressiva diminuição de 2,79 e 27,9 por mil habitantes para 0,04 e 3,4 por mil habitantes, respetivamente, desde os anos 60 para a década de 2000. Em 2013 a taxa de mortalidade infantil situou-se em 2,95 óbitos de crianças com menos de um ano por mil nados vivos (46). O nosso país ocupa, assim, o 4º lugar na União Europeia neste campo. Há cerca de 30 anos Portugal ocupava o último lugar na Europa, o que despertou interesse do prisma político e o desejo de melhorar os cuidados neste âmbito (31). A descida vertiginosa das taxas de mortalidade verificadas nos últimos 15 anos no nosso país está relacionada com as alterações operadas ao nível da assistência materno-infantil, particularmente na área neonatal (31).

O Índice APGAR foi inferior a sete em 79% e 1% dos casos no primeiro e quinto minuto, respetivamente. Comparativamente verificou-se uma taxa substancialmente maior no grupo sem vigilância no primeiro minuto. A disparidade não se manteve no que ao quinto minuto diz respeito. Num número maior de casos (11%) houve necessidade de reanimar o bebé fruto de gravidez não vigiada. No nosso estudo constatou-se uma tendência para observar valores de APGAR mais elevados quando o peso é mais elevado.

O prognóstico do recém-nascido fruto de gravidez não vigiada depende mais do bem-estar fetal o que do tipo de parto.

Os mais recentes procedimentos diagnósticos na área da obstetrícia, assim como os protocolos terapêuticos e os critérios de decisão de cesariana e a transferência antenatal para centros de apoio perinatal diferenciado são tidos como fatores determinantes ao nível da morbimortalidade do recém-nascido (31). Nesta linha de pensamento, inversamente ao esperado, não se verifica uma disparidade ao nível das complicações neonatais entre os grupos sem vigilância (60,4%) e com vigilância (60,5%).

Das complicações registadas no grupo das gestações sem vigilância são de ressaltar alguns casos, particularmente os 3 casos de anemia grave, sépsis e PIG, e o caso de síndrome de privação.

A sépsis neonatal precoce é uma causa marcante de mortalidade com manifestações clínicas inespecíficas. O SGB é o agente que mais comumente causa infeção bacteriana neonatal precoce, sendo esta uma infeção passível de ser prevenida (41). No território nacional sabe-se que a prevalência desta infeção é de 0,5 para 1000 nados-vivos (42). No nosso estudo encontramos que as mulheres com positividade do SGB têm maior propensão para ter GNV.

Deste modo, vemos reforçada a importância deste rastreio na gravidez. A prevalência de infeção neonatal no nosso estudo, nas grávidas que não tiveram vigilância este agente foi positivo em 34,9%, numa percentagem superior às das mães com vigilância adequada. Em função destes resultados, e à semelhança de outros estudos, é fortemente recomendado o rastreio universal das grávidas (tal como se encontra preconizado na Normas da DGS), assim como a profilaxia quando assim se revelar necessário.

A anemia no recém-nascido pode ser atribuída à desnutrição excessiva, a uma deficiente síntese de eritrócitos, perda de sangue, ou a uma combinação destes fatores. Os recém-nascidos pequenos para a idade gestacional podem sê-lo devido a fatores hereditários ou a um mau funcionamento da placenta, com provisão inadequada de nutrientes e oxigénio para o feto. Este defeito placentário pode advir de condições pré-mórbidas da mãe, tal como a hipertensão arterial. Acresce que, tal como já fora referido, as grávidas com hábitos nocivos, nomeadamente hábitos alcoólicos e tabágicos marcados (como vimos ser uma percentagem ainda significativa da nossa amostra), assim como com adição a psicotrópicos, também podem gerar recém-nascidos PIG. Não tão usualmente mas com algum contributo para esta complicação do recém-nascido, temos a infeção materna ou fetal pelo CMV (sem imunidade em 3,9% das GNV - número superior nas GV, contrariamente ao esperado), pela rubéola (sem imunidade em 4,5% das GNV - em número inferior nas GV, tal como seria esperado) ou pelo *Toxoplasma gondii* (sem imunidade em 85,2% das GNV - em número inferior nas GV, tal como seria esperado) (43).

A Síndrome de Privação Neonatal ocorre quando o recém-nascido é exposto *in útero* a diversas substâncias consumidas pela mãe, e se torna um dependente físico. Aquando do nascimento, como consequência da interrupção do afluxo sanguíneo oriundo da circulação materna, o recém-nascido experiencia um quadro de abstinência.

No caso desta gestação a mãe entrou no CHCB em pleno período expulsivo ainda sob o efeito de opiáceos (heroína). Sabe-se que aproximadamente 60% dos recém-nascidos filhos de toxicó-dependentes heroína-dependentes irão padecer deste quadro (45).

É ainda contraditória a relação entre o consumo de opiáceos durante o período gestacional e as complicações neonatais, nomeadamente, baixo peso, baixo perímetro cefálico e baixa estatura ao nascimento. A impossibilidade de retirar ilações neste campo prende-se ao fato de

estarmos perante grávidas com más condições socioeconómicas e com outros hábitos nocivos, daí que não consigamos isolar um só fator para atribuir causalidade.

Um correto seguimento da gravidez com a devida suplementação e imunização irá, à partida, contribuir para a prevenção destas complicações, assim como das consequências que estas acarretam para o bem-estar do bebé.

As dimensões e o peso variam consoante os fatores genéticos e ou ambientais, sendo igualmente possível relacionar estes parâmetros com a idade gestacional aquando do parto. Na literatura encontra-se que entre as 37 e 42 semanas de gestação os recém-nascidos costumam pesar entre 2,5 e 4kg. A idade da gravidez encontra-se intimamente relacionada com o peso do recém-nascido, sendo que, usualmente, os bebés que nascem antes das 37 semanas têm pesos inferior a 2,5kg, o que no cômputo representa um baixo peso e é indicativo da possibilidade de problemas ao nível do desenvolvimento gestacional. Como vimos anteriormente, 18,5% dos recém-nascidos fruto de uma gravidez sem vigilância preenchem estes critérios relativamente ao peso e 25,3% nasceram antes de se completarem as 37 semanas de gravidez.

À luz do que se viu para o peso, também o comprimento do recém-nascido se encontra determinado por fatores etiológicos de origem genética ou comportamental. No nosso estudo encontramos que 80,5% dos bebés tinham dimensões inferiores/iguais a 49cm, valor este que se encontra num percentil inferior ao normal (44).

A par do que se verificou ao nível das complicações neonatais, também no que às malformações no neonato dizem respeito se encontraram resultados que não iam de encontro com o esperado para a população com gravidez não vigiada. Ainda que a percentagem de malformações nas gestações sem vigilância seja bastante expressiva (20,9%), esta foi inferior à que se registou nas gravidezes com a vigilância adequada.

Segundo um artigo publicado em 2014, as malformações congénitas *major* ocorrem em cerca de 3-4% dos nados-vivos, não obstante as malformações *minor* serem mais frequentes (37).

A exposição a agentes infecciosos pode resultar numa panóplia de problemas, tanto para o feto como para o neonato, incluindo malformações, infeções congénitas, deficiências a curto e/ou longo prazo, assim como na morte. A patogénese dos defeitos fetais advém usualmente da invasão direta de tecido fetal que conduz a dano por inflamação e morte celular. Os agentes atualmente reconhecidos como tóxicos para o feto ou embrião são a toxoplasmose, a rubéola, o citomegalovírus, o herpes, a sífilis (as infeções TORCH), assim como a varicela e o parvovírus B19 (37).

A ressaltar no foro das malformações temos o caso da microcefalia, hidrocefalia, vasculopatia lenticulo-estriada, quisto do sulco cudotalâmico e prega palmar única.

A microcefalia pode estar associada a exposição a álcool e drogas, desnutrição grave na gestação, rubéola, toxoplasmose, infecção por citomegalovírus. A hidrocefalia usualmente deve-se a causas genéticas. Contudo, a sua etiologia também pode estar relacionada com a prematuridade do bebê. A vasculopatia lenticulo-estriada está frequentemente relacionada com a infecção pré-natal pelo citomegalovírus, exposição pré-natal a drogas, causa de hipóxia-isquemia (também verificado neste grupo de recém-nascidos). O sulco caudotalâmico é o local mais comum de ocorrência de hemorragia intraventricular, sendo que nos neonatos esta malformação ocorre com frequência nos prematuros e os neonatos de termo com Síndrome da Angústia Respiratória de baixo peso. A prega palmar única pode estar associada a condições anormais, tais como Síndrome de Privação, Síndrome de Down, entre outros (45).

Alguns dados que estão em consonância com o esperado são valores mais elevados no grupo de gravidezes não vigiadas face às vigiadas dos seguintes parâmetros: reflexos anormais (3,6%), sinais de sofrimento fetal agudo (13,2%), hipoglicemia (11%), hiperbilirrubinemia com necessidade de fototerapia (26,4%), acidose metabólica (5,5%). No nosso estudo encontrou-se uma íntima associação entre a vigilância da gravidez e as variáveis SFA, hipoglicemia, acidose metabólica e hiperbilirrubinemia com necessidade de fototerapia.

Os casos mais salientes de patologia respiratória são a Síndrome da Angústia Respiratória e a Hipertensão Pulmonar Persistente.

A Síndrome da Angústia Respiratória ocorre quase exclusivamente em prematuros, principalmente quando as mães são diabéticas (47).

A Hipertensão Pulmonar Persistente Neonatal pode advir de casos de hipóxia crônica, oligodrâmnio, ingestão materna de AAS e AINE (48).

No que concerne ao risco social, verificou-se que cerca de 30% das crianças provenientes de gestações sem vigilância se encontravam em situação de risco em percentagem superior ao grupo fruto de gestações com vigilância adequada. No nosso estudo evidenciou-se que os RN fruto de GNV têm um maior risco social associado.

Na literatura é possível encontrar estudos realizados no nosso país, que corroboram os nossos dados, sendo que foi possível correlacionar a não vigilância da gravidez com fatores de risco social. Além disso, e como esperado, denotou-se uma grande percentagem de casos de partos pré-termos e de recém-nascidos de baixo peso. Estes resultados revelam, do prisma dos autores, a capital importância de um estudo serológico sistemático a todos os bebês fruto de GNV (6).

No nosso estudo 10,9% das altas dos recém-nascidos e das grávidas foram a pedido das mães, tendo-se verificado uma percentagem menor no caso das gestações com vigilância.

Há estudos que demonstram que em 16,4% das grávidas o período de permanência nos CSH foi inferior ao habitual por pedido de alta à exigência. Sendo que somente em 62% dos casos os recém-nascidos puderam ter alta com a mãe (5).

Relativamente ao primeiro ano de vida do recém-nascido fruto de gravidez não vigiada, os dados obtidos estão em concordância com o esperado, tendo-se encontrado valores superiores de casos de internamento (29%) e idas ao Serviço de Urgência Pediátrica (89,9%), e valores inferiores de casos de desenvolvimento dentro dos percentis considerados normais (69,6%) e frequência de consultas com o médico assistente/pediatra (57,4%), comparativamente aos valores registados nos casos de GV. É importante salvaguardar que a totalidade das crianças de GV são seguidas em consulta.

Ademais, evidenciou-se a existência de uma associação entre a vigilância da gravidez e as variáveis desenvolvimento dentro dos percentis considerados normais, internamentos, idas ao SUP, seguimento em consultas.

Alguns estudos realizados em Portugal em 2011 corroboram os nossos dados, sendo que se verificou que em 14,3% dos casos houve abandono da consulta, o que está de acordo com o risco social associado a este grupo (6). Estima-se que 28% das crianças não estão inscritas em CSP, logo, quando a criança está enferma esta é levada aos CSH, não obstante não terem seguimento médico (31).

Há evidência científica (33) de que, para as mulheres carenciadas, a existência de um suporte social para além de protelar uma futura gravidez, melhora a saúde da criança, nomeadamente ao nível da negligência/abuso, cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV), hospitalizações, entre outros. As mulheres socialmente marginalizadas, adolescentes, imigrantes recorrem menos aos serviços de saúde por valorizarem menos os cuidados preventivos, por terem dificuldades de comunicação e em seguir as orientações fornecidas. Deste modo, são menos informadas do que as outras.

Estudos indicaram que as condições pré-mórbidas maternas são significativas tanto ao nível da morbimortalidade neonatal, como ao nível da qualidade da saúde ao longo da vida do recém-nascido (22).

Aos Cuidados de Saúde Primários compete, no que à prevenção de gravidezes não desejadas concerne: a educação para a saúde, a programação da gravidez, a supressão das necessidades sanitárias até então não satisfeitas, tais como o apoio aos grupos étnicos e sociais mais desfavorecidos, assim como a identificação precoce e referenciação da gravidez de risco. Esta ação, apesar de difícil, é a mais rentável (31).

Em suma, trata-se de uma evolução positiva na qual os programas de vigilância da gravidez têm boas taxas de sucesso. Contudo, levando em consideração que a qualidade dos cuidados pré-

natais contribui para a prevenção da mortalidade e sequelas tardias (14), é necessária a sua monitorização no sentido de identificar as lacunas no seguimento obstétrico que devem ser colmatadas.

6. Conclusão

De acordo com os resultados do nosso estudo, tornou-se manifesta a vantagem de uma vigilância pré-natal adequada e atenta. Tal acarreta uma boa articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e os Serviços de Ginecologia e Obstetrícia, na tentativa de uma abordagem multidisciplinar, com a criação de protocolos e redes de referência os quais são imprescindíveis para a instituição de políticas de saúde ajustadas.

Em todas as mulheres em idade fértil, os cuidados pré-concepcionais devem integrar a rede de cuidados, com frequência dos cuidados de saúde primários, com o intuito de identificar riscos associados a uma possível futura gestação, educar a mulher sobre esses riscos e proceder, caso se aplique, a intervenção médica apropriada.

O nosso estudo aponta para que a gravidez não vigiada seja mais prevalente em mulheres com menor diferenciação académica, laboral, imigrante, sugerindo a necessidade de uma intervenção social e também médica

A maioria das grávidas não recorreu à consulta pré-concepcional, tornando-se curial sensibilizar as mulheres em idade fértil para a importância da mesma.

A gravidez não vigiada esteve estatisticamente associada a hábitos nocivos, tais como o consumo de álcool e ao tabagismo, o que aponta para o interesse da intervenção educativa nestas mulheres.

No grupo das mulheres com gravidez não vigiada constatámos maior taxa de complicações, durante a gravidez e durante o parto. É importante que a equipa médica que assiste aos partos destas parturientes esteja alertado para os riscos obstétricos acrescidos.

As complicações neonatais do RN foram em maior número e de maior gravidade do que no grupo das mulheres com gravidez vigiada. Na receção ao RN após o parto, este facto deve ser acautelado.

A evolução dos recém-nascidos, durante o 1º ano, foi sujeita a maior número de complicações no grupo das mulheres com GNV.

De acordo com as hipóteses inicialmente propostas é conveniente que para estes RN seja programada uma vigilância mais ativa durante, pelo menos, o primeiro ano de vida. Um início precoce da vigilância da gravidez permite a evicção de comportamentos de risco nas primeiras semanas de gestação, o que permite diminuir a morbimortalidade materno-neonatal associada a recém-nascidos e grávidas com gravidez não vigiada.

Realça-se a capital importância da necessidade de orientação inerente à contraceção pós-parto, devendo as puérperas ser orientadas para consultas de Planeamento Familiar; assim como a existência de uma estrutura organizacional social que apoie estas mulheres.

Há que continuar a implementar medidas para que a totalidade das gravidezes sejam adequadamente vigiadas. O que permite minorar os riscos que estas gravidezes acarretam para a mãe e para o RN e, por conseguinte, permitindo uma evolução favorável.

6.1 Limitações do Estudo

Várias limitações inerentes a este estudo dificultaram a investigação e a interpretação de resultados por diversas razões.

Uma das principais limitações do estudo prendeu-se com o fato de se tratar de um estudo retrospectivo. Como tal, apresentaram-se algumas lacunas, nomeadamente a presença de informação clínica incompleta, fator que dificultou a recolha de informação; análise de dados, o que é sempre uma fonte de enviesamento. Ademais, a ambiguidade encontrada no registo relativo a algumas variáveis em estudo pode ter conduzido a uma sob ou sobrestimação dos casos observados.

A título de exemplo temos a avaliação da história pessoal anterior, nomeadamente a existência de patologia prévia, que é extremamente dificultada uma vez que estas mulheres não frequentam, por sistema, os serviços de saúde.

O curto período usado na análise também se mostrou limitador, principalmente no que concerne à comparação da morbilidade entre os dois grupos. Neste caso, a extensão do período em estudo poderia constituir uma solução para o problema.

O tamanho bastante reduzido da amostra é uma importante fonte de viés, levando-nos a olhar com cautela para os resultados.

6.2 Linhas Futuras de Investigação

Neste estudo contemplou-se somente a população obstétrica e neonatal do CHCB, pelo que se pode considerar uma amostra pouco representativa da população. Futuramente é plausível um alargamento desta amostra de forma a melhor espelhar a realidade nacional da vigilância da gravidez, constituindo assim uma mais-valia para o levantamento estatístico.

O período de acompanhamento dos recém-nascidos estendeu-se somente ao período neonatal e ao primeiro ano de vida. Num estudo futuro dever-se-á analisar qual o impacto de uma gravidez não vigiada por um mais lato período de tempo, de forma a se poder avaliar quais as implicações a longo prazo, nomeadamente no que diz respeito à qualidade de vida, desenvolvimento da criança e do jovem - competências cognitivas verbais e não-verbais, motricidade global, competências sensoriais, comunicação e linguagem, comportamentos, afetos, emoções - diagnóstico de perturbações.

Seria pertinente a continuidade deste estudo, assim como a inclusão de novas variáveis, tais como a existência de GNV prévias, internamentos na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, o grau de divulgação da necessidade da vigilância da gravidez, assim como noção de um acompanhamento médico gratuito neste período, antecedentes patológicos das progenitoras (nomeadamente fatores de risco obstétricos), entre outros. Entendemos que seria também interessante instituir um estudo prospetivo multi-institucional, de modo a avaliar as características sociodemográficas das grávidas com GNV e da evolução obstétrica, neonatal e pediátrica.

Não deixaremos também de nos interrogar se as consequências negativas de uma gravidez não vigiada podem influenciar a saúde do futuro adulto, o que seria também oportuno investigar.

Revela-se necessária a condução de estudos de modo a avaliar tendências epidemiológicas neste campo.

7. Lista de Referências

1. Silva, AJ; Francisco, MC; et al. Natalidade, Mortalidade Infantil, Fetal e Perinatal, 2002/2006. Lisboa: Direção Geral de Saúde, Direção de Serviços de Epidemiologia e Estatística de Saúde, Divisão de Estatísticas de Saúde (2008);
2. Silva, AJ; Francisco, MC; et al. Natalidade, Mortalidade Infantil e Perinatal, 1999/2003. Lisboa: Direção Geral de Saúde, Direção de Serviços de Epidemiologia e Estatística de Saúde, Divisão de Estatísticas de Saúde (2004);
3. Prestação de Cuidados Pré-Concepcionais - Circular Normativa nº2/DSMIA. Lisboa: Direção Geral da Saúde, Divisão da Saúde Materna, Infantil e de Adolescentes (2006);
4. Pinheiro, Liliana; Silva, Nicole; et al. (2009). Cuidados pré-concepcionais e vigilância pré-natal na sub-região de Braga, Saúde Infantil Hospital Pediátrico de Coimbra; Nº2: 59-62;
5. Cordeiro, Ana; Rosário, Felícia do; et al. Gravidez Não Vigiada- a experiência da MAC em 2004. Arquivo da Maternidade Alfredo da Costa 2006 Mar; Nº16; Vol.4: 14-16;
6. Madalena, Céla; Oliveiro. Dulce; et al. Gravidez não vigiada - Que Risco Infecioso no Recém-Nascido? Acta Médica Portuguesa,1998; Nº 4; Vol. 29: 361-5;
7. Direcção Geral de Saúde. Progressos em Saúde Infantil, n.º 19, 1995;
8. Gant, F; Leveno, JC; et al. Williams Obstetrics. Cunningham Macdonald, 1993: 247-50;
9. Costa, F M. Gravidez não vigiada. Saúde Infantil 1991; XIII: 101-6;
10. Tavares, M; Barros, H. Cuidados pré-natais em Portugal. Acta Médica Portuguesa, 1995; Nº9: 367-71;
11. Santo, Vera; Moura, Márcio; et al. Características sociodemográficas das puérperas e seguimento da gravidez o Que Mudou em 17 Anos? Acta Médica Portuguesa, 2011; Nº 24; Vol. 6: 877-884;

12. Khoshnood, B; Bouvier-cole M; et al. Impact de l'âge maternel élevé sur la fertilité, la santé de la mère et la santé de l'enfant. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2008; N°37: 733-747;
13. Lalanda, P. A população feminina e as transições familiares através da demografia. *Revista de Estudos Demográficos* 2005; N°38: 5-29;
14. Corio-Soto, I; Bobadilla, J; et al. The effectiveness of antenatal care in preventing intrauterine growth retardation and low birth weight due to preterm delivery. *International Journal for Quality in Health Care*, 1996; N°8; Vol.1: 13-20;
15. The good, the bad, the promising: Migration in the 21st century. In Obaid T (Executive Director), *The state of the world population: A passage to hope*. United Nations Population Fund, 2006; N°1: 1-19;
16. *Estatísticas Demográficas 2008*. Instituto Nacional de Estatística IP. Lisboa 2009 6. Dia da Internacional da Mulher - Informação à Comunicação Social. Instituto Nacional de Estatística IP.2010;
17. Dia Internacional da Mulher - Informação à Comunicação Social. Instituto Nacional de Estatística IP.2010;
18. Machado, M; Santana, P; et al. Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes. *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde* 2007; N°1: 103-127;
19. O'Keefe, Linda; Kearney, Patricia M; et al. Surveillance during pregnancy: methods and response rates from a hospital based pilot study of the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System in Ireland, 2013, 13:180;
20. McDonald, SD; Han, Z; et al. Overweight and obesity in mothers and risk of preterm birth and low birth weight infants: systematic review and meta-analyses. *British Medical Journal*, 2010, 341. 341;
21. North, RA; McCowan, LME; et al. Clinical risk prediction for preeclampsia in nulliparous women: development of model in international prospective cohort. *British Medical Journal*, 2011, 342. d1875;

22. Kuh, D; Ben-Shlomo, Y; et al. Life course epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2003; N°57; Vol.10: 778;
23. Brown, M; Best, K; et al. Long term cardiovascular risk in women with pre-eclampsia: systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 2011, 96 (Supplement 1) :Fa104-Fa104;
24. Lopes, Luísa; Reis, Raquel; et al. Vigilância na Gravidez - Estudo Hospitalar 2003. *Revista do Hospital de Crianças Maria Mia* ano 2003, vol. XII, n.º 4;
25. World Health Organization. What is the efficacy/effectiveness of antenatal care and the financial and organizational implications? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN). December 2003;
26. United States Preventive Services Task Force (USPSTF). *Guide to clinical preventive services*, 2nd ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1996;
27. Turnbull, D; et al. Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care. *Lancet*, 1996; N°348: 213-218.;
28. Lumley, J; Oliver, S; et al. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003(2);
29. Harris, RA; Washington, AE; et al. Cost utility of prenatal diagnosis and the risk-based threshold. *Lancet*. 2004; N°363: 276-282;
30. Pearson, Luwei; Larsson, Margareta; et al. *Childbirth care. World Health Organization: Opportunities for Africa's Newborns: Practical Data, Policy and Programmatic Support for newborn care in Africa*. Geneva: WHO, 2007;
31. Machado, M; Santana, P, et al. Iguais ou Diferentes? Cuidados de Saúde materno-infantil a uma população de imigrantes. *Prémio Bial de Medicina Clínica 2006*, ELGAL, S.A.: 211);
32. Tabor, Ann; Bent, Ottesen. XV FIGO Congress of Gynecology and Obstetrics (*Wednesday*), Copenhagen, N°76: 167-3;
33. Alves, José; Carneiro, Liliana; et al. Gravidez parto e puerpério. *Manual de Medicina Geral e Familiar*, MGF 2000, 42. Diagnostico e Vigilância da Gravidez;

34. Tabor, Ann; Bent, Ottesen. XV FIGO Congress of Gynecology and Obstetrics (Tuesday), Copenhaga, Nº76: 167-2;
35. Tavares, Margarida; Barros, Henrique. Gravidez não planeada em Portugal. Acta Médica Portuguesa 1997; Nº10: 351-356;
36. Portugal, Direcção-Geral da Saúde: www.dgs.pt/, acesso em Novembro de 2014;
37. Bacino, Carlos. Approach to congenital malformations- UpToDate, 2014;
38. Portugal, Diário de Notícias: “Cinco mil mulheres não vigiam a gravidez”. Disponível em: www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1177463&page=-1, acesso em Outubro de 2015;
39. Portugal, Instituto Nacional de Estatística. Disponível em: www.ine.pt, acesso em Novembro de 2014;
40. Duran, José António; Chabert, Teresa; et al. “Distribuição dos grupos sanguíneos na população portuguesa”, 2007: 29;
41. Quaresma, Liliana; Peralta, Lígia; et al. “épsis neonatal precoce por Streptococcus do grupo B numa Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais - Casuística de 5 anos. Reunião de Atualização - Infeciologia Neonatal, 2 de Março de 2012;
42. Carvalho, Ana; Pacheco, Lucinda; et al. Rastreio na gravidez de Streptococcus B-hemolítico grupo B entre 2009 e 2011 no Grupo Oriental dos Açores. Reunião de Atualização - Infeciologia Neonatal, 2 de Março de 2012;
43. Associação Brasileira de Pais, Familiares, Amigos e Cuidadores de Bebês Prematuros. Disponível em: <http://prematividade.com/saude-do-prematuro/o-bebe-pig-pequeno-para-a-idade-gestacional.html>, acesso em Janeiro de 2016;
44. Medipédia - Conteúdos e Serviços de Saúde. Características do recém-nascido. Disponível em: www.medipedia.pt/home/home.php?module=artigoEnc&id=814, acesso em Janeiro de 2016;
45. Ferreira, Patrício; Fernandes, Natália. Síndrome de Privação Neonatal, Revisão da abordagem. Revista Toxicodependências, 2008; Edição IDT, Vol.14: 25-29;

46. Dia Mundial da Criança - Informação à Comunicação Social. Instituto Nacional de Estatística IP.2014, acesso em Outubro de 2015;
47. Associação Brasileira de Pais, Familiares, Amigos e Cuidadores de Bebês Prematuros: “Saúde do Prematuro: Síndrome da Angústia Respiratória ou Doença da Membrana Hialina”. Disponível em: <http://prematividade.com/saude-do-prematuro/sindrome-da-angustia-respiratoria-ou-doenca-da-membrana-hialina.html>, acesso em Outubro de 2015;
48. Diniz, Edna Maria de Albuquerque. Hipertensão Pulmonar Persistente Neonatal. *Pediatria Moderna*, São Paulo, v. 36, p. 35-41, 2000.

| Anexos |

Anexo I:
Autorização do Presidente do Conselho de Administração



Exmo(a) Sr(a).
Ana Isabel Fraga Oliveira

Data: 11.Novembro.2014

Assunto: Parecer da CES relativo ao estudo "Gravidezes não vigiadas e complicações neonatais durante o período 2012-2013 no CHCB"

Exmos(as). Senhores(as),

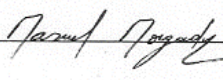
Em resposta ao V. pedido de parecer para realização do estudo supramencionado, a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Cova da Beira, ao abrigo do disposto na Lei nº 21/2014, de 16 de Abril, e em sessão plenária no dia 11.Novembro.2014 deliberou emitir parecer favorável, conforme documento em anexo.


A CES do CHCB opera dentro do exigido pelas boas práticas clínicas.

Na execução deste estudo qualquer informação/comunicação relevante para a segurança dos participantes tem de ser imediatamente comunicada à CES do CHCB.

Com os melhores cumprimentos,

Pela Comissão de Ética para a Saúde
do Centro Hospitalar Cova da Beira


(Prof. Doutor Manuel Morgado – Presidente da CES)

Centro Hospitalar Cova da Beira
Presença em reunião do C.E.S.
Em: 11/11/14
Departamento: 
Presidente do C.A. Prof. Doutor Miguel Correia Branco
Vogal do C.A. Prof.ª Dra. Inês Mendes
Vogal do C.E.S. Técnico Superior Unvidual Susana
Síndica Clínica Dra. Rosa Maria Ballestrance
Enfermeira Ureteror Enf.ª Antónia João Rodrigues

ENVIADO 10
Cda Investigação e
Inovação
20 NOV. 2014

CHCB.IMP.COMET.01

Ed.1

Rev.0

Sede: Quinta do Alvito 6200 – 251 Covilhã
Av. Adolfo Portela 6230 – 288 Fundão

☎ 275 330 000
☎ 275 330 000

Fax: 275 330 001
Fax: 275 751 057

ANEXO II: CONGRESSOS

| COMPROVATIVO DE PARTICIPAÇÃO NO CONGRESSO |

VII Jornadas de Fatores de Risco e Orientações Clínicas em Cuidados de Saúde Primários

| COMPROVATIVO DE ACEITAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO NO CONGRESSO |

Reunião Científica da Sociedade Portuguesa de Saúde Materno-Fetal

6º Congresso Português de Medicina da Reprodução

17º Encontro de Medicina Geral e Familiar do Alto Minho

VII Jornadas de Fatores de Risco e Orientações Clínicas em Cuidados de Saúde Primários

VII JORNADAS DE FATORES DE RISCO E ORIENTAÇÕES CLÍNICAS EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



PORTO, AUDITÓRIO DO CIM, 31 DE MARÇO E 01 DE ABRIL DE 2016

DECLARAÇÃO

Declara-se para os devidos efeitos que *Ana Fraga*, participou nas VII Jornadas de Fatores de Risco e Orientações Clínicas em Cuidados de Saúde Primários, nos dias 31 de Março e 01 de Abril de 2016, no Auditório do CIM da FMUP, e apresentou o seguinte poster:


Título do Poster:

" GRAVIDEZ NÃO VIGIADA. O QUE ISSO IMPLICA?"

Autores:

Ana Fraga; Sara Nunes; José Alberto Moutinho

Porto, 07 de Abril de 2016



Prof.ª Doutora Luciana Couto
Presidente das VII Jornadas de Fatores de Risco e Orientações Clínicas
em Cuidados de Saúde Primários

SECRETARIA DO
U. PORTO
FMUP FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO
UNIDADE DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR
Alameda Prof. Hemâni Monteiro 4200-319 Porto
Tel. 22 042 66 00; Fax 22 551 36 38; dg@med.up.pt

Reunião Científica da Sociedade Portuguesa de Saúde Materno-Fetal

Reunião Científica da SPOMMF _ Poster candidato a prémio



Eventos SPOMMF (eventosspommf@mundiconvenius.pt) [Add to contacts](#) 4/1/2016 [Documents](#)

To: 'Eventos SPOMMF' ▾

1 attachment (102.2 KB)

Outlook.com [Active View](#) ▾

Reunião Científica da Sociedade Portuguesa de Medicina Materno-Fetal

Hotel Montebelo Viseu

15 - 16 Abril 2016

Boa tarde,

No âmbito da Reunião Científica da SPOMMF a decorrer nos dias 15 e 16 de Abril de 2016 no hotel Montebelo Viseu é com satisfação que comunicação que o seu trabalho foi aprovado para afixação como candidato ao prémio de melhor poster.

6º Congresso Português de Medicina da Reprodução

6º Congresso Português de Medicina da Reprodução | Ílhavo, 12-14 Maio 2016 | POSTER



From: **SPMR 2016** (spmr2016@mundiconvenius.pt)
Sent: Thursday, April 28, 2016 10:32:09 AM
To: 'SPMR 2016' (spmr2016@mundiconvenius.pt)




Bom dia,

No âmbito do **6º Congresso Português de Medicina da Reprodução** a decorrer nos dias 12 e 14 de Maio de 2016 no hotel Montebelo Vista Alegre em Ílhavo é com satisfação que comunicamos que o seu trabalho foi aprovado para afixação como **POSTER**.

Aproveitamos esta oportunidade para comunicar ainda alguns detalhes importantes:

17º Encontro de Medicina Geral e Familiar do Alto Minho

17EMGFAM 2016 - Notificação dos Autores Poster ↑ ↓ ✕

 **17EMGFAM Secretariat** (apmgf@apmgf.pt) [Add to contacts](#) 5:13 PM ▶
To: anaisafo@hotmail.com Cc: apmgf@apmgf.pt, secretariaapmgf@apmgf.pt ▼

Exmo(a). Sr(a). Dr(a).

Caro(a) Colega,

A Comissão Científica vem informar que o/a Poster que submeteu ao 17EMGFAM 2016, com o número 9, com o título "Gravidez não vigiada. O que isso implica?" foi aceite para apresentação.

Deve ter em conta que para a apresentação é obrigatório estar inscrito no evento.

Agradecemos antecipadamente a sua participação no Congresso.

Com os nossos melhores cumprimentos,

A Comissão Científica do
17 Encontro de Medicina Geral e Familiar do Alto Minho