

Gravidez de Baixo Risco

Todos reconhecem que o baixo risco da gravidez só pode ser atestado depois da criança começar a chorar. Olhando para trás é, então, possível perceber que a mãe e recém-nascido estão bem e que o parto foi eutócico. A gravidez foi desejada, foi planeada, foi vigiada e o parto assistido em meio hospitalar. Tudo normal. Não havia razão para haver risco. É verdade. É quase sempre assim. Melhor. É muitas vezes assim.

Desde há muito, médicos, enfermeiros, parteiras e as próprias mães procuraram criar escalas de risco em função quer da saúde materna, quer do desenvolvimento fetal. Com base na medição de riscos foram estabelecidos critérios de exigência para o acompanhamento e para o termo do período de gestação à luz do princípio mais riscos, mais cuidados. Naturalmente, quanto maior for o risco para a mãe ou para a criança, mais cuidados serão exigidos no programa de vigilância e de assistência ao parto, tal como nos cuidados especializados neonatais.

Deste modo, é comum aceitar que não há um programa modelo igual para todas as gravidezes e partos. Trata-se de uma constatação socialmente compreendida. Por isso, percebe-se a importância em diagnosticar precocemente, ou mesmo em antecipar, problemas associados à gravidez desde a concepção ao seu termo, incluindo os cuidados pediátricos ao recém-nascido. Exames complementares de diagnóstico (analíticos, genéticos ou ecográficos) são indispensáveis neste processo. Para tal são envolvidos médicos de especialidades diversas, enfermeiros e técnicos.

Só em equipa, é possível definir o melhor plano para vigiar uma gravidez, mesmo que classificada como baixo risco. Só desta forma, a mulher e o homem, na perspectiva da procriação, podem ser devidamente aconselhados e orientados. A presença pró-ativa do pai, sabe-se hoje, com toda a certeza, é fundamental ao longo de todas as semanas de gravidez. No início, nas consultas, no aconselhamento e no parto. Só desta maneira, ambos, pai e mãe, acompanham e participam.

Quando e quais exames fazer e para que efeito? Como tomar o ácido fólico e com que objectivo? Qual a necessidade em tomar iodo? Como assegurar a alimentação saudável para a mãe e filho? Questões a responder sem hesitação ora pelo médico de família, ora pelo enfermeiro ora pelo obstetra. Nenhum substitui o outro.

Com Albino Aroso, Portugal coloca-se em posição cimeira no que respeita à saúde materno-infantil. Consultas de planeamento familiar, de vigilância da gravidez, de partos assistidos em blocos bem equipados e dotados com especialistas são “vias verdes” que asseguram acesso sem discriminação. Acesso universal.

Como resultado, a mortalidade materna é reduzida, tal como a probabilidade de as crianças morrerem em Portugal.

O importante. O grande desafio é agora manter e se possível melhorar ainda mais aqueles indicadores.

Os sobressaltos demográficos sentidos nos últimos anos não podem ser ignorados. A população é mais idosa. Há menos jovens. A natalidade baixa perigosamente. As mães têm menos filhos e em idades mais avançadas. A renovação das gerações está comprometida. A constelação e complexidade dos fatores determinantes destes fenómenos impõem reflexão atenta. É tempo dos centros de sociologia, isto é, dos especialistas em ciências sociais, analisarem, explicarem os motivos e apontarem soluções. Serão aqueles fenómenos evitáveis?

O Programa que ora se apresenta é influenciado, tem de ser necessariamente influenciado, pelos sucessos conquistados nos últimos 35 anos. Constitui, no fundo, uma estranha sensação de responsabilidade. Continuar. Ultrapassar dificuldades. Propor novos caminhos.

Francisco George

Dezembro 2014