



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

ELOISA BARRETO BACELAR

**FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME HIPERTENSIVA DA GESTAÇÃO EM
ADOLESCENTES E ADULTAS JOVENS DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL**

FEIRA DE SANTANA - BA

2016

ELOISA BARRETO BACELAR

**FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME HIPERTENSIVA DA GESTAÇÃO EM
ADOLESCENTES E ADULTAS JOVENS DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Conceição Oliveira Costa.

FEIRA DE SANTANA - BA

2016

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado – UEFS

Bacelar, Eloisa Barreto

B117 Fatores associados à síndrome hipertensiva da gestação em adolescentes e adultas jovens da Região Nordeste do Brasil / Eloisa Barreto Bacelar. – Feira de Santana, 2016.

126 f.: il.

Orientadora: Maria Conceição Oliveira Costa.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016.

1. Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG). 2. Gravidez na adolescência. 3. Adolescentes e jovens - gestação. 4. Região Nordeste – Brasil. I. Costa, Maria Conceição Oliveira, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU 612.63-053.6(812/814)

ELOISA BARRETO BACELAR

FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME HIPERTENSIVA DA GESTAÇÃO EM ADOLESCENTES E ADULTAS JOVENS DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como pré-requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Área de Concentração: Epidemiologia
Feira de Santana, 30 de março de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Conceição Oliveira Costa
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

Prof^a Dr^a Silvana Granado Nogueira da Gama
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof^o Dr^a Graciete Oliveira Vieira
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS

DEDICATÓRIA

À DEUS e aos irmãos de luz que me protegeram e me conduziram até aqui.

Ao meu pai, Wilson! Exemplo de educação, resignação e paciência. Conviver ao seu lado é o maior de todos os ensinamentos.

À minha mãezona, América! Exemplo de disciplina, segurança e amor. Agradeço à você, TUDO que sou hoje! Espero podermos estar juntas em todas as outras encarnações.

Ao meu amor, Alex. Pela dedicação, carinho e paciência. Seu companheirismo, serenidade, paz e perseverança foram extremamente importantes durante essa trajetória. Essa VITÓRIA é NOSSA!!!

AGRADECIMENTOS

À Deus e aos irmãos de luz que me permitiram realizar o Mestrado, me protegendo e me auxiliando à todo tempo.

À minha orientadora, Maria Conceição Oliveira Costa, que aceitou o meu retorno ao NNEPA e acreditou em mim. Exemplo de “professor-asa”, com sua disciplina, compromisso, e amor pela docência. Sempre disponível e incentivadora para que eu alçasse os mais altos vôos, orientando o caminho, com respeito e ética e encorajando a dar os próximos passos, sendo uma fonte de inspiração e um exemplo a ser seguido.

À professora Silvana Granado, pela oportunidade concedida para o desenvolvimento deste trabalho. Sempre acessível e atenciosa. Um exemplo de pesquisadora competente e comprometida.

À professora Magali Teresópolis, pela paciência e auxílio na construção do banco de dados e análise dos resultados.

À professora Graciete Vieira pelas críticas e sugestões, muito pertinentes, no momento de qualificação do Projeto.

Aos docentes e funcionários do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, por serem as peças fundamentais para o funcionamento do Mestrado, proporcionando muito aprendizado e favorecendo o engrandecimento pessoal e profissional.

Aos meus colegas de mestrado e amigos de uma vida que me apoiaram nos mais variados momentos, compartilhando das tristezas e alegrias vivenciadas no decorrer do caminho. Cada um com seu jeito particular de ser. Vocês são muito especiais.

À todos da equipe do Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência (NNEPA), que me acolheram com respeito e carinho, formando uma grande família de seres humanos pautados no bem, na solidariedade e responsabilidade.

Aos meus colegas de trabalho da Coordenação de Vigilância Epidemiológica de Camaçari e da Maternidade Municipal de Alagoinhas, pelo apoio. Sem a colaboração de vocês, nada disso teria sido possível.

Ao meu terapeuta, Raimundo Sales, pelas sábias palavras, nos momentos de ansiedade e aflição. Ser de luz.

À minha família pela paciência e compreensão nos momentos de ausência, pelo colo nos momentos de angústia e incentivo e apoio durante esta jornada. Vocês são o meu alicerce e exemplo de amor.

Ao meu amor, Alex. Exemplo de amor, dedicação, compreensão, respeito e companheirismo. Obrigada por está ao meu lado em todos os momentos, me apoiando, auxiliando e incentivando.

*“Consagre ao Senhor tudo o que você faz, e os seus planos
serão bem-sucedidos.”*

(Provérbios 16:3)

RESUMO

Introdução: gravidez na adolescência, principalmente nas faixas etárias precoces e em grupos populacionais vulneráveis, pode representar um risco à saúde pelas intercorrências clínicas ou obstétricas na gestante, puérpera e recém-nascido, assim como, repercussões psicológicas e socioeconômicas. **Objetivo:** avaliar possíveis associações entre Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) e características sociodemográficas, do pré-natal e do parto de adolescentes e adultas jovens, atendidas no Sistema de Saúde, Público e Privado. **Método:** estudo transversal, de base hospitalar, ocorrido em 54 municípios da Região Nordeste do Brasil, no período de 2011 e 2012. Os registros utilizados foram obtidos do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento, “Nascer no Brasil”. Foi estabelecido um modelo teórico com três níveis de hierarquia, tendo a SHEG, como variável desfecho. No nível distal, foram incluídas variáveis sociodemográficas: faixa etária; situação conjugal; cor da pele; adequação da escolaridade com a idade; trabalho remunerado e financiamento para o pré-natal; No nível intermediário foram incluídas variáveis do pré-natal: adequação da assistência; antecedentes clínicos de risco e uso de fumo nos primeiros 05 meses. No nível proximal, ficaram variáveis referentes ao parto: fonte de pagamento. Análise multivariada foi realizada, a partir dos resultados das análises bivariadas e respectivos *p* valores, com nível de significância $< 0,20$, pelo teste de *Wald*. **Resultados:** Do total de 2960 adolescentes e adultas jovens, 4,6% (135) apresentaram SHEG. As puérperas sem companheiro apresentaram chance 1,5 vezes maior de desenvolver um dos tipos da SHEG (OR= 1,52); aquelas com escolaridade inadequada apresentaram chance 1,9 vezes maior de ocorrência da SHEG (OR = 1,86); ter antecedente clínico de risco, aumentou em 21 vezes a chance de ocorrer SHEG nas adolescentes e adultas jovens (OR = 21,72). **Conclusões:** os resultados apontaram que múltiplos determinantes podem estar associados à SHEG. Foram identificados fatores de risco social (situação conjugal e escolaridade) e biológico (antecedentes clínicos de risco). Ressalta a importância de garantir às mulheres, apoio familiar e assistência à saúde, visando garantir o acesso ao pré-natal e parto com diagnóstico e tratamento precoces, evitando complicações e morbimortalidade materna e neonatal.

Palavras-chave: Hipertensão induzida pela gestação, Gravidez na adolescência, Adolescente, Adulto jovem.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy in adolescence, especially in younger age groups and vulnerable population groups, can lead to health risks due to clinical and obstetric complications for pregnant, mother and newborn, as well as psychological and socioeconomic repercussions.

Objective: To evaluate the possible associations between Hypertensive Syndrome in Pregnancy (HSP) and socio-demographic, pre-natal, and delivery characteristics of teenage and young adults attended to in the public and private health system of Brazil.

Methods: An epidemiologic cross-sectional study, hospital-based data and regional level, using data from 54 municipalities of the Northeast region of Brazil from 2011-2012. The records used were obtained from the database of the National Survey on Labor and Delivery, "Born in Brazil". The theoretical model used had a three-level hierarchy, and HSP. The distal level included socio-demographic variables: age range, marital status, race/skin color, adequate schooling for age, paid employment, funding for pre-natal visits. The intermediate level included pre-natal variables: Adequacy of prenatal care, previous clinical risk factors and smoking in the first five months. The proximal level consisted of variables related to delivery characteristics: Source of payment of the birth. A multivariate analysis was performed, based on the results of the bivariate analysis and respective p-values with a significance level of <0.20 using the Wald test.

Results: Of the 2960 adolescents and young adults, 4,6% (135) presented with Hypertensive syndromes in pregnancy. The mothers without a partner had 1.5 times the odds of developing one of the types of HSP (OR=1.52); those with inadequate schooling had a 1.9 times greater chance of developing HSP (OR = 1.86); and having a previous clinical risk factor resulted in over 21 times the odds of HSP in teenagers and young adults (OR=21.72).

Conclusions: These results indicate that HSP may be associated with several determinants. Social (marital status and schooling) and biological (previous clinical risk factors) risk factors were identified. This underscores the importance of guaranteeing women, family support and access to healthcare aiming to guarantee access to pre-natal and delivery care with early diagnosis and treatment, in order to avoid complications and consequently maternal and neonatal morbidity and mortality.

Keywords: Pregnancy-induced hypertension, Pregnancy in adolescence, adolescent, young adult

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPN	Baixo Peso ao Nascer
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIUR	Crescimento Intrauterino Restrito
CIVD	Coagulação intravascular disseminada
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DPP	Descolamento prematuro de placenta
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HELLP	Hemolysis, elevated liver enzyme levels, and low platelet levels
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NNEPA	Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Razão de Odds
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PIG	Pequeno para a Idade Gestacional
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RN	Récem-nascido
SHEG	Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Instrumento de Coleta (Questionário).....	66
Anexo 2 – Instrumento de Coleta (Prontuário hospitalar da mãe e do recém-nascido).....	105

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas, do pré-natal e do parto, e análise bivariada conforme à síndrome hipertensiva específica da gestação, em adolescentes e adultas jovens, municípios da Região Nordeste, Brasil, 2011 - 2012.....	54
Tabela 2	Resultados das regressões logísticas multivariadas, tendo como variável desfecho, a síndrome hipertensiva específica da gestação em mães adolescentes e adultas jovens, municípios da Região Nordeste, Brasil, 2011-2012.....	56

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO.....	17
3	OBJETIVOS.....	18
3.1	OBJETIVO GERAL.....	18
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
4.1	FECUNDIDADE E GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA.....	19
4.2	ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL	22
4.3	INTERCORRÊNCIAS GESTACIONAIS NA MATERNIDADE PRECOCE.....	26
5	MATERIAIS E MÉTODOS.....	31
5.1	DETALHAMENTO METODOLÓGICO DA PESQUISA NASCER NO BRASIL: INQUÉRITO NACIONAL SOBRE PARTO E NASCIMENTO.....	31
5.2	DETALHAMENTO METODOLÓGICO DA PRESENTE PESQUISA.....	32
5.2.1	Tipo do Estudo.....	32
5.2.2	Área do Estudo.....	32
5.2.3	Universo do Estudo.....	33
5.2.4	População do Estudo.....	33
5.2.5	Fontes e Instrumentos.....	33
5.2.6	Variáveis do Estudo.....	33
5.2.7	Método de Análise dos Dados.....	35
5.2.8	Aspectos Éticos.....	35
6	RESULTADOS.....	37
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
	REFERÊNCIAS.....	58
	ANEXOS.....	65

1 INTRODUÇÃO

A adolescência, do ponto de vista cronológico, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), corresponde à faixa etária entre os 10 aos 19 anos, sendo caracterizada por marcantes transformações físicas, psíquicas e comportamentais. Estas transformações podem ser identificadas através de mudanças corporais, surgimento de caracteres sexuais secundários e maturação sexual, instabilidade emocional, estruturação da personalidade, adequação ao meio ambiente e integração social e emocional, novos relacionamentos, ampliação da capacidade de trocas interpessoais e afetivas (OMS,1995; GOLDENBERG et al, 2005; YAZLLE, 2006; CERQUEIRA-SANTOS et al, 2010).

Em nível mundial, aproximadamente 25% das mulheres dão à luz a seu primeiro filho na adolescência. Estudos demonstram que esta realidade é absolutamente desigual, sendo as taxas bem mais elevadas nos países em desenvolvimento, quando comparados aos países desenvolvidos. Segundo os dados do Banco Mundial (2012), a taxa de gravidez em adolescentes na África Subsariana, Ásia e América Latina e Caribe, é de 108 nascimentos por 1000 mulheres com idade entre 15 a 19 anos, 73 e 72, respectivamente. No México, 69 de cada 1000 adolescentes, entre 15 a 19 anos, são mães enquanto que nos Estados Unidos, 36 de cada 1000 adolescentes são mães na mesma faixa etária (KLIKSBURG, 2006; MARTINS, 2011, ARCEO-GOMEZ & CAMPOS-VAZQUEZ, 2014).

No Brasil, de acordo com o censo de 2010, a população estimada totaliza 190.755.799 milhões de habitantes, sendo que destes, 17,9% encontram-se na adolescência e dentre esses adolescentes, 17 milhões são do sexo feminino (IBGE, 2010; MARTINS, 2011).

Entre o período de 1970 a 2000, tanto a taxa de fecundidade total quanto específica apresentaram diminuição em todos os grupos etários, com exceção do grupo de 15 a 19 anos, que tiveram acréscimo de 14%, quando comparada com as taxas das demais faixas etárias. No ano de 2006, 51,4% dos nascidos vivos eram filhos de mães com idade até 24 anos, destes, aproximadamente 1% de mães com idade inferior a 14 anos; 20,5% de mães com idade de 15 a 19 anos; e 29,9% de mães adultas jovens (entre 20 a 24 anos). Em 2012, dos 2.905.789 nascidos vivos, 560,147 (19,28%) foram de mães adolescentes (IBGE, 2010; DATASUS, 2012, AZEVEDO et al, 2015).

Estima-se que um em cada quatro nascimentos no Brasil ocorra entre adolescentes na faixa etária dos 15 aos 19 anos, sendo mais elevado nas regiões menos favorecidas, como Norte e Nordeste, com 26,3% e 22%, respectivamente (SILVA et al, 2011; VERONA et al, 2012; GRAVENA et al, 2013, GAMA et al, 2014).

A gravidez na adolescência, principalmente nas faixas etárias mais precoces e nos grupos populacionais mais vulneráveis, como nos países em desenvolvimento, é considerada um problema de Saúde Pública, uma vez que pode proporcionar risco à saúde da gestante e do feto, comprometer a evolução e resultado gestacional, decorrente de intercorrências clínicas ou obstétricas, repercutindo na puérpera e no recém-nascido (RN), não apenas sob o ponto de vista clínico, mas nos aspectos psicológicos e socioeconômicos (YAZLLE, 2006; CERQUEIRA-SANTOS et al, 2010).

No que se refere aos aspectos biológicos do ciclo gravídico - puerperal, as complicações maternas de maior impacto entre as adolescentes, tanto em países em desenvolvimento como em países desenvolvidos, são: ocorrência de baixo ganho ponderal materno, anemia, desproporção céfalo-pélvica, síndrome hipertensiva específica da gravidez (SHEG), infecção do trato urinário, placenta prévia, dentre outras (CONDE-AGUDELO et al, 2005; GOLDENBERG et al, 2005; MAGALHÃES et al, 2006, VIELLAS et al, 2014). Entre estas intercorrências, a SHEG, é a complicação clínica de maior relevância, durante o período gravídico-puerperal uma vez que contribui, significativamente, para a morbimortalidade materna e fetal. A SHEG é classificada em hipertensão crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, pré-eclâmpsia superposta a hipertensão, eclâmpsia e síndrome HELLP, sigla que representa, em inglês, a abreviação dos três principais elementos da síndrome: hemólise, enzimas hepáticas elevadas e baixa contagem de plaquetas (SANTOS et al, 2009, FEBRASGO, 2011; BRASIL 2012b).

As adolescentes grávidas são mais vulneráveis à ocorrência da SHEG, quando comparada as adultas jovens por apresentarem características desfavoráveis, como a imaturidade de órgãos e sistemas, a desinformação e dificuldade de acesso ao sistema de saúde. A SHEG é mais incidente entre as adolescentes mais jovens (< 16 anos), uma vez que, neste grupo etário, há maior número de nulíparas, com estado nutricional deficiente e ausência de cuidado pré-natal (SILVA et al, 2010; MAGALHÃES et al, 2006).

Associada a essas potenciais repercussões no nível biológico, estudos têm mostrado a importância de agravantes relacionados às questões psicossociais, em que gestantes adolescentes tem como desafios assumir responsabilidades, expressadas na necessidade de se inserir no mercado de trabalho, se preocupar com o futuro profissional e definir o seu relacionamento afetivo, assim como, repensar a respeito do abandono ou retorno à escola (GOLDENBERG, 2005; CERQUEIRA – SANTOS et al, 2010).

Além dos fatores supracitados, os aspectos socioeconômicos também são identificados como importantes determinantes de complicações nestas mulheres, tais como, pré-natal inadequado, falta de companheiro, baixo nível de escolaridade, estresse psicológico, uso de drogas ilícitas, gravidez indesejada e baixa renda (CONDE – AGUDELO et al, 2005; MAGALHÃES et al, 2006).

No contexto da gravidez e evolução gestacional dos grupos vulneráveis, como a faixa adolescente, salienta-se a importância da assistência de qualidade direcionada ao pré-natal, ao trabalho de parto, parto, cuidados imediatos ao RN e puerpério, assegurando-se à atenção irrestrita e direcionada para as necessidades desses grupos, seus parceiros e famílias, de maneira que a gravidez possa ser vivenciada de maneira saudável e acompanhada por profissionais de saúde preparados para atuar, tanto nos serviços de atenção básica, como nos serviços especializados, em especial, as maternidades (BRASIL, 2010).

Os achados das pesquisas apontam a necessidade de se investir em estudos sobre o tema em questão, vislumbrando adquirir mais conhecimento sobre a distribuição, características e fatores associados à gestação nessa fase da vida, bem como, contribuir para o fortalecimento de políticas e programas de saúde que visam à promoção e à prevenção em saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes (BRASIL, 2010; SILVA et al, 2011, GAMA et al, 2014).

Cabe ressaltar a importância de discussões sobre a gravidez na adolescência entre os vários segmentos da sociedade, como as autoridades responsáveis pelas políticas públicas, profissionais de saúde, educação, assistência social, entre outros setores das mais diversas áreas disciplinares, em nível nacional e internacional (SILVA et al, 2011). Vale salientar, a imprescindível importância da assistência ao pré-natal, ao trabalho de parto, parto e pós - parto com o intuito de minimizar os riscos obstétricos.

A motivação pessoal para o estudo desta temática iniciou no período da graduação, como aluna de Iniciação Científica do Núcleo de Estudos e Pesquisa da Infância e Adolescência (NNEPA), desenvolvendo atividades de Pesquisa e Extensão, e posteriormente, ao exercer atividade profissional na área de obstetrícia e neonatologia. Neste espaço de trabalho, tive oportunidade de observar o aumento da prevalência da gravidez em adolescentes e suas complicações, em especial, a SHEG. Essa realidade despertou o interesse pelo tema, cuja pesquisa tem como principal objetivo, avaliar possíveis associações entre a SHEG e as características sociodemográficas, do pré-natal e do parto de mães adolescentes e adultas jovens, atendidas no Sistema de Saúde, Público e Privado, da Região Nordeste do Brasil.

2 PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO

1. Quais as características sociodemográficas, do pré-natal e do parto de mães adolescentes e adultas jovens, cujos partos ocorreram nas Unidades de Saúde/Maternidades Públicas e Privadas de 54 municípios da Região Nordeste do Brasil?

2. Que fatores maternos, gestacionais e do parto estariam associados à SHEG de mães adolescentes e adultas jovens, cujos partos ocorreram nas Unidades de Saúde/Maternidades Públicas e Privadas de 54 municípios da Região Nordeste do Brasil?

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar possíveis associações entre características sociodemográficas, gestacionais e do parto de mães adolescentes e adultas jovens com a Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação na Região Nordeste do Brasil, 2011-2012.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever as características socioeconômicas, gestacionais e do parto de mães adolescentes e adultas jovens, atendidas nessas Instituições da Região Nordeste do Brasil;
2. Identificar fatores associados à SHEG, na amostra estudada.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Foram abordados assuntos relacionados à gravidez em adolescentes, suas causas e consequências, e a assistência prestada a esse grupo etário. Diante dos objetivos propostos, a fundamentação teórica foi dividida nos seguintes capítulos: fecundidade e gestação na adolescência; assistência ao pré-natal e trabalho de parto e intercorrências gestacionais na maternidade precoce.

Ressalta – se que este estudo toma por base a classificação utilizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que define o grupo de adolescentes, como indivíduos na faixa etária de 10 a 19 anos (OMS, 1995).

O conceito da adolescência foi construído social e historicamente, que a gravidez na adolescência não é um fenômeno recente, tendo suas características e repercussões no decorrer dos tempos, uma vez que possui relação com o contexto socioeconômico, cultural e histórico em que o indivíduo está inserido.

4.1 FECUNDIDADE E GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA.

Na antiguidade, a maternidade na adolescência era considerada um fato comum, uma vez que as mulheres casavam-se muito jovens entre 13 e 14 anos e a gestação acontecia logo após o casamento. Portanto, nessa época a atividade sexual estava mais vinculada à questão reprodutiva. Com o decorrer dos tempos, essa situação foi sendo modificada, principalmente a partir da metade do século XX, com a introdução de métodos contraceptivos, quando ocorreu uma desvinculação do exercício sexual com a reprodução (PATIAS et al, 2011; PARAGUASSÚ, 2005).

A maternidade na adolescência, já considerada um problema de âmbito biológico, tornou-se também um problema psicossocial e econômico, uma vez que poderá comprometer o desenvolvimento saudável, a qualificação educacional e profissional dos indivíduos, que em sua maioria, encontram-se dependentes emocionalmente e financeiramente de suas famílias (GAMA et al 2002; CABRAL, 2003; BERLOFI et al, 2006; CARNIEL et al, 2006; PATIAS et al, 2011).

Entretanto, alguns estudos discutem sobre a gestação na adolescência como fator de proteção, principalmente em mulheres pertencentes às camadas socioeconômicas desfavorecidas e que vivenciam situação de abandono e de violência no contexto familiar.

Sendo assim, consideram a maternidade na adolescência como um projeto de vida, em que terão reconhecimento social, na escola e na família, terão atendidas as suas necessidades emocionais e carências afetivas, bem como, se sentem protegidas, quanto aos riscos ambientais relacionados à negligência, violência e à utilização de drogas lícitas e ilícitas, que muitas vezes vivenciam no seu cotidiano. Além disso, referem adquirir experiência e maturidade ao cuidar de seus filhos, principalmente quando são apoiadas por algum Serviço Social efetivo e/ou pela família e/ou companheiro (PATIAS et al., 2011).

Na atualidade, o adolescente é visto como um indivíduo em processo de maturidade biológica, psicológica e social, em instabilidade psicossocial e econômica, encontrando-se num processo de escolarização e formação profissional. Sendo assim, nesse momento, a ocorrência de uma gestação poderá trazer - lhes consequências negativas, comprometendo a sua formação intelectual e, conseqüentemente, sua inserção no mercado de trabalho, cada vez mais competitivo (CABRAL, 2003; PARAGUASSÚ, 2005; PATIAS et al, 2011).

Os fatores relacionados com a gestação precoce são diversos, perpassando desde fatores biopsicológicos a socioculturais, tais como, a ocorrência da menarca e iniciação sexual precoce nos diferentes contextos socioeconômicos, a curiosidade, a carência afetiva, necessidade de afirmação, a baixa auto-estima, o abuso de drogas lícitas e ilícitas e a falta de conhecimento ou conhecimento inadequado quanto à contracepção, sexualidade e saúde reprodutiva. Tais fatores estão associados ao acelerado processo de urbanização, desenvolvimento de tecnologias, a presença da mídia como incentivadora de alguns comportamentos nesse grupo etário, assim como, a ausência de orientação por parte da família, da escola e dos serviços de saúde a respeito da educação para a sexualidade (COSTA, 1998; GODINHO, 2000; COSTA et al, 2001; GOLDENBERG, 2005; RODRIGUES, 2010).

Estudiosos na temática referem que a gravidez precoce, especialmente quando não planejada, tem maiores consequências na dimensão psicológica e socioeconômica quando comparada com a biológica, uma vez que pode interferir negativamente no estilo de vida das adolescentes e de seus familiares, contribuindo com a evasão escolar pré ou pós gestacional e, conseqüentemente, desigualdade social no acesso aos serviços de saúde, comprometendo assim o seu projeto de vida futuro com a perpetuação do ciclo da pobreza. (COSTA et al, 1998; PARAGUASSÚ et al, 2005; AMORIM et al, 2009; GAMA, 2014).

Em estudo realizado no Canadá, foi identificado que as mães adolescentes encontram-se atrasadas em relação à adequação da escolaridade para a idade apesar de apenas 3% das gestantes serem adolescentes (KINGSTON et al, 2012).

Associado a isto, a falta de apoio por parte dos familiares, do parceiro e da escola agravam a questão emocional. Muitas adolescentes cursam a gravidez com depressão, em virtude da solidão afetiva e social causada, respectivamente, pelo afastamento do parceiro e da escola. Outras recorrem ao aborto como alternativa (COSTA, 1998; GODINHO, 2000; CERQUEIRA-SANTOS et al, 2010).

Carniel et al (2006) ao realizarem uma pesquisa com mulheres residentes em Campinas, identificaram que 59,9% das participantes adolescentes não tinham companheiro. Além disso, encontraram associação entre gravidez na adolescência e mulheres sem companheiro (ORaj = 2,63; IC 95%: 2,35 – 2,94). A mesma situação foi observada na pesquisa realizada por Gravena et al (2013), ao realizarem um estudo em Maringá, no período entre 2007 a 2009, onde foi identificado associação entre as variáveis, gestantes adolescentes e ausência de companheiro (OR= 6,85; IC: 6,11 – 7,66), demonstrando que a situação conjugal apresenta-se como um importante fator de risco para a gravidez na adolescência.

Sob o ponto de vista clínico, a gestação na adolescência, quando comparada a outras faixas etárias, é considerada de maior risco, devido à maior ocorrência de morbidade materno-fetal. No que se refere à saúde materna, há maior incidência de anemia, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, desproporção céfalo-pélvica, baixo ganho de peso materno, infecção do trato urinário, restrição do crescimento intrauterino (CIUR), abortamento espontâneo, hemorragia pós-parto, culminando com a razão de mortalidade materna maior do que nas adultas (GODINHO et al, 2000; PATIAS et al, 2011).

Assim, a gravidez na adolescência, especialmente na fase precoce (menor de 15 anos), requer especial atenção para possíveis consequências prejudiciais à saúde materna. Esta situação poderá ser minimizada através de investimentos em Estratégias que facilitem o acesso e adesão das gestantes aos Serviços de Saúde de atendimento ao ciclo grávido-puerperal (COSTA et al, 2002; GOLDENBERG, 2005; GRAVENA,2013).

Além dos fatores supracitados, destacam-se as dificuldades no acesso ao pré-natal, o início tardio (após a 12ª semana gestacional), número inadequado de consultas e realização incompleta dos procedimentos preconizados, como fatores que impedem ou dificultam a identificação e tratamento de complicações evitáveis que acometem tanto mãe quanto ao feto durante a gestação (VIELLAS et al, 2014).

O pré-natal é um importante cuidado de saúde e evolução gestacional, uma vez que permite identificar situações de risco e realizar intervenções precoces e eficientes, principalmente quando se trata de mães adolescentes. O pré-natal com o número de consultas adequado e realizado por profissionais competentes e capacitados exerce impacto positivo sobre

o resultado materno e neonatal, podendo minimizar ou até mesmo neutralizar as possíveis desvantagens próprias da idade (GAMA et al, 2004; PATIAS, 2011; SANTOS, 2014, VIELLAS et al, 2014).

Segundo Sabroza et al (2004), em um estudo realizado no Rio de Janeiro, a adesão dessas adolescentes ao Serviço de pré-natal é influenciada pelo apoio do cônjuge, quando as mesmas têm uma união consensual. Uma vez que a situação conjugal influencia como a gestação é percebida pela adolescente e a sua família, interferindo no seu comportamento durante a gestação, e conseqüentemente, no seu resultado gestacional. Logo, torna-se imprescindível, o acolhimento dos familiares da gestante e de seu companheiro, durante as consultas pré-natal, fortalecendo o vínculo deste com a gestante e sua família, bem como, desmistificando que a responsabilidade da gestação é unicamente da adolescente.

Apesar da facilidade da aquisição de informação pelos meios de comunicação, as questões referentes à sexualidade e métodos contraceptivos ainda não são conversadas / discutidas de forma espontânea e aberta, quer seja pelos pais, pela escola ou pelos profissionais de saúde propiciando, nos tempos atuais, a ocorrência e recorrência da gravidez nesse grupo etário.

Do exposto, observa-se que a gestação na adolescência abrange uma situação complexa, multifacetada e de relevante magnitude, permanecendo em pauta no campo da Saúde Reprodutiva, em pleno Século XXI. Sendo assim, faz-se necessário um olhar diferenciado e voltado para essa parcela da população, através de estratégias que facilitem o acesso e adesão aos Serviços de Saúde, a fim de que exerçam sua sexualidade com conhecimento e de forma segura.

4.2 ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

A gestação na adolescência é influenciada por múltiplos fatores biológicos, sociais, econômicos e emocionais, além das questões relacionadas ao acesso e a qualidade técnica dos serviços de saúde disponíveis a essa população (TREVISAN, 2002).

A assistência ao pré-natal humanizada e de qualidade é fundamental para a saúde materna e neonatal. O principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher, desde o início da gravidez, desenvolver ações educativas e preventivas, sem intervenções desnecessárias, detectar, precocemente, patologias e situações de risco gestacional, estabelecer o vínculo entre a equipe do pré-natal e o local do parto, facilitar o acesso a serviços de Saúde, em todos os níveis de atenção, assegurando assim, durante todo o ciclo gravídico puerperal, o nascimento

saudável da criança, garantindo assim, bem-estar do binômio, mãe e filho (BRASIL, 2005; VIELLAS, 2014).

Oliveira, Gama e Silva (2010), estudando puérperas adolescentes no Rio de Janeiro, sinalizam que, tanto as morbidades maternas, quanto a assistência pré-natal inadequada estão associadas ao óbito fetal e ao neonatal. Revisão da literatura sobre mortalidade perinatal, no Brasil, destaca que a maioria desses óbitos é evitável, e as principais falhas apontadas se encontram em nível da assistência ao pré-natal, ao parto e à assistência neonatal.

No que concerne às patologias gestacionais e complicações maternas, o diabetes gestacional e a pré-eclâmpsia são doenças que favorecem a ocorrência de mal formações congênitas, problemas respiratórios no concepto e CIUR. Nesse sentido, destaca-se a importância do diagnóstico precoce, manejo clínico correto, prevenção e diminuição das formas clínicas graves, bem como, do controle das morbidades maternas, garantindo assim, um pré-natal de qualidade (OLIVEIRA et al, 2010; SANTOS et al, 2009).

Gestantes com alguma morbidade, em condição de risco pré-existente à gravidez ou que se desenvolve no decorrer desta, a exemplo da SHEG ou condições biológicas, como HAS, diabetes, obesidade, alcoolismo, são consideradas gestantes de Alto Risco. Este grupo compreende uma parcela de mulheres que devido a características singulares, apresentam maiores probabilidades de apresentar a evolução gestacional prejudicada. Assim, devem ser encaminhadas ao Pré-Natal de Alto Risco, realizado por uma equipe médica e de enfermagem especializada, com o intuito de identificar e controlar a presença de fatores de risco e de complicações, propiciando melhor desfecho perinatal (BRASIL, 2012b; XAVIER et al, 2013; OLIVEIRA; MANDÚ, 2015, DALLA COSTA et al, 2016).

Dentre esses fatores de risco gestacionais, destaca-se a SHEG. As gestantes com hipertensão gestacional necessitam de um atendimento diferenciado, com uma frequência maior de consultas e visitas domiciliares, realizado por profissionais de saúde eficientes e aptos para identificar problemas que possam causar danos ao binômio (BRASIL, 2012b).

Faz-se necessário que estas gestantes tenham garantia de acesso à recursos, profissionais e serviços especializados, através de um modelo de assistência centrado nas linhas de cuidados integrais em Saúde Reprodutiva e interligado com os vários níveis de complexidade do Sistema de Saúde, a fim de captar precocemente as gestantes, identificar os riscos reprodutivos e encaminhar, quando necessário, aos Serviços de Referência e Contrarreferência. A finalidade é proporcionar uma assistência ampliada e integral, centrada no indivíduo, bem como, evitar a peregrinação destas mulheres em busca de um atendimento e as intercorrências,

durante todo o ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2012b; XAVIER et al, 2013; AQUINO; SOUTO, 2015).

Em estudo realizado no Paraná para avaliar o perfil epidemiológico de Gestantes de Alto Risco atendidas no Instituto da Mulher, no município de Francisco Beltrão, identificou que 24,6% das mulheres referenciadas ao Pré-Natal de Alto Risco eram portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ou desenvolveram a SHEG, seguida da obesidade (18%) e ITU (14,8%) (DALLA COSTA et al, 2016).

Essas pesquisas ratificam a importância do pré-natal, na identificação de fatores de risco, diagnóstico e tratamento precoces das patologias obstétricas, em especial a SHEG, a fim de possibilitar encaminhamentos ao Serviço de Referência, para acompanhamento Especializado, onde deverão ser submetidas à intervenções necessárias e em tempo oportuno, evitando assim complicações e, conseqüentemente, a mortalidade fetal, neonatal e materna (OLIVEIRA; MANDÚ, 2015).

Revisão integrativa sobre a SHEG, utilizando publicações disponíveis na base de dados da BVS (Biblioteca Virtual da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library on line) e LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em ciências da Saúde), do período de 2001 a 2012, constataram, nos trabalhos científicos analisados, que a maior frequência de hipertensão gestacional encontra-se na faixa etária de 18 a 22 anos (25,4%), seguida pelo intervalo de 28 a 32 anos (19,3%). A idade em que se deu o maior número de casos foi de 19 anos, seguida pela idade de 20 anos (SOUZA et al, 2014).

A atenção pré-natal favorece a investigação e identificação de riscos biológicos de gestantes adolescentes, tais como, colo uterino curto, infecções, nutrição inadequada e abuso de drogas ilícitas, fatores estes, relacionados com a ocorrência de parto prematuro. Além disso, poderia ser importante no oferecimento de suporte psicossocial nas dificuldades e situações de estresse, enfrentadas pelas mães adolescentes, uma vez que, o sofrimento emocional é reconhecido como fator associado aos distúrbios endócrinos, SHEG e parto pré-termo (MARTINS et al, 2011; RAMOS, 2009; SANTOS et al, 2009).

Conforme consenso científico e profissional, o pré-natal constitui um importante cuidado de saúde e evolução gestacional, imprescindível para a identificação e redução dos riscos de complicações obstétricas, em especial na população muito jovem (OLIVEIRA et al, 2010).

Nesse contexto, a assistência pré-natal adequada com a detecção e intervenção precoce das situações de risco associada à assistência ao trabalho de parto com qualidade são determinantes para a redução da mortalidade materna e neonatal que são indicadores

importantes da qualidade de vida de uma população, bem como referem-se aos níveis de acesso e qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2013).

No Brasil, a redução da mortalidade materna está diretamente associada à diminuição das mortes por causas obstétricas diretas, caracterizadas como resultantes das complicações obstétricas relacionadas à gravidez, parto ou puerpério, decorrentes de omissões, intervenções e tratamentos incorretos ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores (BRASIL, 2012b).

Sendo assim, nos dias atuais, a mortalidade materna é considerada uma causa de morte altamente evitável. Szwarcwald et al (2014), em um estudo realizado para estimar a mortalidade materna no Brasil no período de 2008 a 2011, identificou que a razão de mortalidade materna (RMM) atingiu o valor de 60,8 por cem mil nascidos vivos no ano de 2011, sendo significativamente menor que a estimativa oficial de 2010 que foi de 68,2 por cem mil nascidos vivos. Apesar dos dados dessa pesquisa demonstrarem que houve um decréscimo significativo na RMM, com uma taxa de redução de 3,7% ao ano, os resultados indicaram valores superiores ao estimado no conjunto de países em desenvolvimento, de 3,1%, bem como, ao que deveriam ter sido alcançados de acordo com a redução prevista pela quinta meta do milênio.

A maternidade na adolescência representa um risco potencial de morte materna, uma vez que, as mulheres adolescentes apresentam sessenta vezes mais chances de morrer quando comparado com mulheres adultas jovens (faixa etária entre 20 a 24 anos). Além disso, as mães adolescentes, apresentam, eventualmente, um risco de 50% de morte fetal tardia e maior mortalidade infantil, em virtude dos elevados percentuais de partos prematuros, RN pequenos para a idade gestacional (PIG) (RIBEIRO, 2003; GOLDENBERG et al, 2005).

A atenção pré-natal é também relevante para dar suporte psicossocial à gestante, priorizando o acesso, o acolhimento, o vínculo entre a gestante e o profissional, o cuidado integral (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2000). As dificuldades em assumir a gestação, os conflitos familiares, a falta de apoio da família e/ou do parceiro e o desconhecimento sobre a importância da assistência pré-natal, são alguns dos fatores apontados para explicar a ausência ou inserção tardia de adolescentes no pré-natal. A solidão afetiva e social pelo afastamento do parceiro e da escola favorece a depressão, assim como, a instabilidade psicológica, econômica e a pressão familiar favorece a ansiedade. Todos esses aspectos psicossociais possibilitam a ocorrência de situações clínicas, em especial, a SHEG, que podem comprometer a saúde da gestante e do feto (COSTA, 1998; COSTA et al, 2001).

Segundo Goldenberg et al (2005) e Cesar et al (2011), as complicações relacionadas à gravidez na adolescência estão associadas às condições sociais de existência, ao nível de

escolaridade, estado civil, apoio familiar e principalmente, ao acompanhamento pré-natal. A adesão desse grupo etário a este serviço é insuficiente e influenciada por diversos fatores que vão desde a dificuldade de acesso, ao medo de procedimentos obstétricos, vergonha dos pais e pela busca de cuidados médicos, falta de apoio da família e / ou companheiro, falta de orientação a respeito da importância e benefícios do pré-natal, bem como, a inexistência de um serviço com uma equipe multidisciplinar voltado para atender a essa clientela com características peculiares da idade.

Gama et al (2004), discutem a possibilidade de que os efeitos de um pré-natal inadequado entre as adolescentes estejam associados ao fato de que a gestação acomete frequentemente as jovens de grupos sociais excluídos, desprovidas do apoio da família, do pai da criança e da sociedade. Sendo assim, encontraram associações diretamente proporcionais no que dizia respeito ao maior número de consultas de pré-natal e apoio do pai da criança e da família, entretanto, ao analisar a inserção das adolescentes no pré-natal, apenas metade delas havia iniciado o acompanhamento no primeiro trimestre gestacional.

Cesar et al (2011), encontraram que as adolescentes que possuíam precário nível de escolaridade e renda familiar e que viviam comumente sem companheiro, iniciaram mais tardiamente as consultas de pré-natal e, conseqüentemente, realizaram um menor número de consultas. Faz-se necessário a utilização de estratégias direcionadas à prevenção das repercussões que comprometem a saúde do binômio, mãe e filho e, principalmente, sobre as perspectivas de vida futura de ambos (YAZLLE, 2006).

Do exposto, a atuação da equipe de saúde é de fundamental importância para definir os riscos durante todo o ciclo gravídico puerperal, desde o atendimento pré-natal, durante o trabalho de parto e parto. Principalmente, na assistência às adolescentes, visto que são susceptíveis a maiores riscos, e conseqüentemente, desenvolvem algumas complicações gestacionais em virtude da idade. Para tanto, o modelo ideal para o atendimento a este grupo etário, consiste no acompanhamento continuado por equipes multidisciplinares, envolvendo médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, a fim favorecer um nascimento saudável, sem intervenções desnecessárias e priorizando a saúde da mãe e do neonato (NASCIMENTO, 2015).

4.3 INTERCORRÊNCIAS GESTACIONAIS NA MATERNIDADE PRECOCE

Na maternidade precoce, as intercorrências gestacionais podem estar relacionadas ao início tardio de pré-natal, o baixo número de consultas, pré-natal inadequado, bem como, a

outros fatores, como raça, estado civil, baixa escolaridade, tabagismo e pobreza. Sendo assim, os resultados adversos que acometem esta população, representam, frequentemente, as condições sociais e de saúde às quais encontram-se inseridas, que propriamente ser adolescente (AZEVEDO et al, 2002; AZEVEDO et al, 2015).

Dentre as complicações maternas mais frequentes na maternidade precoce, são referenciadas o baixo ganho de peso materno, a desproporção céfalo-pélvica, SHEG, infecção do trato urinário, abortamento, ruptura prematura de membranas, anemia, diabetes gestacional, complicações no parto (NILI et al, 2002; COSTA et al, 2005; GOLDENBERG, 2005; AZEVEDO et al, 2015). No presente estudo, serão enfatizadas a SHEG.

Os distúrbios hipertensivos são as complicações de maior relevância durante o ciclo gravídico-puerperal, representam uma das alterações que ocorrem com mais frequência na gravidez. Considera-se como hipertensão arterial, a pressão arterial sistólica, igual ou maior que 140 mmHg e a diastólica igual ou maior a 90mmHg, aferidas em pelo menos duas ocasiões diferentes com intervalo de pelo menos 4 a 6 horas. Dentre estes distúrbios, a SHEG destaca-se por constituir o grupo de intercorrências clínicas que complicam a gravidez, contribuindo com a morbimortalidade perinatal (SOUZA et al, 2006; SANTOS et al, 2009; AMORIM & SOUZA, 2009; BRASIL, 2012b).

A SHEG é considerada uma das principais causas de morte materna e neonatal no mundo. Correspondem a terceira causa de morte materna no Mundo e a primeira no Brasil, apresentando elevada taxa de morbimortalidade perinatal, oscilando entre 5 a 20%. Nos países desenvolvidos, sua incidência varia entre 2 a 8% das gestações, no Brasil, pode chegar a 10% ou mais (COSTA et al, 2002; SOUZA et al, 2006; NORONHA NETO et al, 2010).

Herculano et al (2012), ao investigarem óbitos maternos em uma Maternidade Pública de Fortaleza, no período de 2000 a 2008, identificaram que 19,8% das mulheres que foram à óbito, eram adolescentes e que o maior percentual de óbitos maternos ocorridos neste período, foram causados pelas diversas formas clínicas da síndrome hipertensiva com 28,1% das causas dos óbitos em mulheres idade fértil (10 a 49 anos).

De acordo com o MS, essa síndrome pode ser classificada em: a) hipertensão crônica que é observada antes da gravidez, ou antes de 20 semanas de gestação, ou diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez e não se resolve até 12 semanas após o parto; b) hipertensão gestacional, definida como a hipertensão com ausência de proteinúria, que acomete as mulheres previamente normotensas e após a 20ª semana de gravidez; c) PE leve que é a hipertensão ocorre após a 20ª semana de gestação, acompanhada de proteinúria, com desaparecimento até 12 semanas após o parto ou com a ausência de proteinúria entretanto associada a distúrbios visuais

e cerebrais persistentes (cefaléia e visão turva), dor no quadrante superior direito do abdômen ou exames laboratoriais alterados; d) PE grave, onde há um agravamento do quadro clínico, caracterizado pela presença da pressão sistólica ≥ 160 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg associada a proteinúria grave (acima de 2g nas 24h), hipertensão associada ao comprometimento de múltiplos órgãos (edema pulmonar e oligúria- produção de urina $<$ que 500 mL/dia ou 25 ml/hora), plaquetopenia ($< 100.000/mm^3$), aumento de enzimas hepáticas; e) PE sobreposta à hipertensão crônica caracterizada pelo aparecimento da pré-eclâmpsia em mulheres com hipertensão crônica ou doença renal, a proteinúria surge ou piora após a 20ª semana de gravidez; f) eclâmpsia é caracterizada pela ocorrência de convulsões tônico-clônicas generalizadas ou coma em gestantes com qualquer síndrome hipertensiva; g) síndrome de HELLP, é o quadro clínico caracterizado por hemólise, elevação das enzimas hepáticas e plaquetopenia (SOUZA et al, 2006; FEBRASGO, 2011; BRASIL, 2012b).

A proteinúria é definida como a excreção de 0,3 g de proteínas ou mais na urina de 24 horas, ou 1+ ou mais na fita em duas amostras diferentes de urina, com intervalo de pelo menos 4 a 6 horas (BRASIL, 2012b).

A etiologia da SHEG é desconhecida, entretanto há inúmeros fatores e teorias sugeridas para explicar a sua causa. Ultimamente, aspectos genéticos, imunológicos e má adaptação placentária, são algumas das teorias propostas na tentativa de esclarecer esse evento (SOUZA et al, 2006).

Os fatores de risco que contribuem para o ocorrência da SHEG podem ser intrínsecos ou extrínsecos. Dentre os fatores intrínsecos estão, a primeira gestação em mulheres com idade inferior a 17 anos e superior a 40 anos, pré-eclâmpsia em gestação anterior, aspectos do peso da mãe antes e durante a gestação (baixo peso e obesidade), resistência à insulina, diabetes mellitus pré-gestacional, lúpus eritematoso sistêmico, infecções maternas, gestação múltipla, doença vascular (doença renal hipertensiva, hipertensão arterial idiopática), hereditariedade (história familiar de pré-eclâmpsia e eclâmpsia), estados psicológicos desfavoráveis, a exemplo dos conflitos emocionais, raça negra. Dentre os extrínsecos, estão, as deficiências nutricionais, condições precárias de moradia e a dificuldade de acesso aos Serviços de Saúde decorrentes do baixo nível socioeconômico e de escolaridade, deficiência de cuidados pré-natais e comportamentos de risco como o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas (SOUZA et al, 2006; SANTOS et al, 2009; SECUNDO et al, 2009; NASCIMENTO, 2015).

As gestantes com síndrome hipertensiva, independente da classificação, têm predisposição à desenvolver algumas complicações como descolamento prematuro da placenta (DPP), tromboembolismo, coagulação intravascular disseminada (CIVD), complicações

cardiopulmonares (edema agudo de pulmão), hemorragia cerebral, encefalopatia, insuficiência hepática e renal, ruptura hepática, e óbito materno (SOUZA et al, 2008; SOUZA et al, 2010).

Quanto ao feto, estes, em virtude da redução do suprimento de oxigênio e nutrientes ocasionada pela insuficiência útero-placentária, podem apresentar CIUR e conseqüentemente baixo peso ao nascer (BPN) ou PIG, prematuridade (idade gestacional abaixo de 37 semanas), risco aumentado em desenvolver doenças pulmonares agudas e crônicas após o nascimento, bem como, óbito fetal e neonatal (SOUZA et al, 2008; SOUZA et al, 2010).

O estudo realizado por Magalhães (2006) identificou a pré-eclâmpsia, infecção do trato urinário, anemia como as principais intercorrências clínicas descritas entre as adolescentes. Corroborando com este estudo, COSTA et al (2005), observou que a pré-eclâmpsia devido a nuliparidade e ausência do cuidado pré-natal, tem ocorrido com maior frequência nas gestantes de até 16 anos.

Secundo et al (2009), ao estudarem a ocorrência de complicações da gravidez em adolescentes internadas em uma Maternidade Pública no Ceará, identificou que a pré-eclâmpsia foi o desfecho indesejável de maior ocorrência, seguida da eclâmpsia e síndrome de HELLP. Quanto ao grau de escolaridade, observou que a grande maioria das adolescentes pesquisadas (94,4%) estavam inseridas no ensino fundamental.

A pesquisa realizada em Kongnyuy et al (2008) demonstrou que as complicações maternas, mais frequentes, relacionadas à gravidez na adolescência foram a eclâmpsia, a pré-eclâmpsia, a laceração perineal e a episiotomia.

Tonin et al (2013), ao realizarem um estudo em um Hospital Público de Ensino no Paraná, identificaram que 31,4% das mulheres que estiveram internadas, por causas obstétricas, em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) eram adolescentes, tendo a SHEG como a principal causa de internação, correspondendo a 50% das principais causas de internamento das mulheres de todas as faixas etárias.

O tratamento anti-hipertensivo na gravidez é instituído a partir do diagnóstico, de acordo com o tipo de síndrome que a gestante apresenta, sendo estabelecida a conduta expectante ou de antecipação do parto conforme a gravidade do quadro clínico e a idade gestacional. A instituição do tratamento medicamento ocorre a partir do momento em que é determinado a classificação da síndrome, identificadas alterações nos exames laboratoriais e gravidade do quadro clínico.

A via de parto natural é preferível, com intuito de evitar o estresse adicional de um procedimento cirúrgico, em uma situação de múltiplas alterações fisiológicas, de evitar o risco de sangramento e de eventos tromboembólicos, muito maior no parto cesáreo quando

comparado com o parto normal, bem como, em alguns casos onde haja uma acentuada redução das plaquetas (abaixo de $75.000/\text{mm}^3$), não poderá ser feita a anestesia regional (raquidiana ou peridural), comumente realizada na cesariana, tendo a necessidade de se realizar anestesia geral, com maiores riscos para a mãe e para o feto (GREER, 1999; ELDOR, 2002; BRASIL, 2012b; DE SOUZA et al, 2014). Além disso, o American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG, 2002) recomenda o parto vaginal para esse grupo de gestantes devido aos benefícios maternos, sugerindo o parto cesáreo caso existam outras indicações.

A indicação de cesariana impõe o término da gestação em fase precoce, com condições cervicais desfavoráveis, devendo ser instituído quando qualquer um dos tipos da síndrome ocasionar complicações para a mãe (aumento persistente dos níveis da pressão arterial, cefaléia grave e distúrbios visuais persistentes, epigastralgia, náusea, vômito, contagem de plaquetas abaixo de $100.000/\text{mm}^3$, deterioração progressiva da função hepática e renal, edema pulmonar, suspeita de DPP) e para o feto (CIUR, suspeita ou comprometimento da vitalidade fetal, oligodramnia), avaliando a idade gestacional que deverá ser confirmada de 40 semanas, na pré-eclâmpsia leve ou 34 semanas ou mais, na pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia. Nas gestações com menos de 34 semanas e houver necessidade da antecipação do parto, deve-se administrar corticóides na mãe a fim de acelerar a maturidade pulmonar do feto (SOUZA et al 2008; SOUZA et al, 2010; BRASIL, 2012b; MEDEIROS et al, 2015).

Togal et al (2010), ao realizar uma pesquisa em uma UTI de cuidados obstétricos, na Turquia, identificou que o parto cesáreo foi realizado em 90% dos casos internados nesta Unidade, sendo necessário interromper a gestação devido à gravidade das complicações.

Durante todo o ciclo gravídico-puerperal, é imprescindível que os profissionais de saúde tenham a conhecimento sobre o processo da doença hipertensiva, a relevância dos sinais clínicos e fatores de risco, a fim de estabelecer diagnóstico precoce e tratamento eficaz, com o objetivo de reduzir os níveis tensionais e assim, contribuir tanto para prevenir essa doença, como para retardar as suas complicações, favorecendo o nascimento com segurança para a mãe e o feto. (SOUZA et al, 2008; NASCIMENTO, 2015; MELO et al, 2015)

Segundo consenso de estudiosos, a SHEG é uma complicação evitável, dependendo da qualidade da assistência durante o ciclo gravídico-puerperal. Logo, faz-se necessário, o acesso ao Serviço de Saúde, a prevenção, o diagnóstico e tratamento precoce, bem como, a implementação dos programas de Saúde voltados aos adolescentes, em decorrência da importância dessa síndrome em mulheres nesta faixa etária.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 DETALHAMENTO METODOLÓGICO DA PESQUISA NASCER NO BRASIL: INQUÉRITO NACIONAL SOBRE PARTO E NASCIMENTO

A pesquisa Nascido no Brasil: Inquérito Nacional sobre o Parto e Nascimento, é um estudo de base hospitalar, realizado entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, cujos objetivos foram descrever a incidência de cesariana e examinar as consequências sobre a saúde das mulheres e dos recém-natos, investigar a relação entre o excesso de cesarianas, parto prematuro tardio e baixo peso ao nascer, assim como, investigar a relação entre o excesso de cesarianas e a utilização de procedimentos técnicos, após o nascimento, em nível Nacional por regiões do Brasil. Segundo Leal et al (2012), foram elegíveis para a amostra do projeto nacional todas as instituições que registraram 500 partos/ano em 2007, com base nos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), selecionados segundo os critérios de amostragem: Capital/Interior, Público/Privado/Misto, perfazendo 90 pares de puérperas e conceptos, em cada estabelecimento sorteado.

A amostra foi selecionada em três estágios: o primeiro estágio incluiu os hospitais com 500 ou mais partos, em 2007, estratificados em cinco macrorregiões do país, localizando-se na capital do estado ou interior e tipo de hospital (privado, público ou misto); o segundo estágio, composto pelos dias (mínimo de sete dias em cada hospital), utilizando o método de amostragem inversa para selecionar tantos dias de pesquisa que fossem necessários para alcançar 90 puérperas entrevistadas no hospital e o terceiro composto pelas puérperas, onde o número de puérperas selecionadas por dia e hospital dependeu do número de nascimentos vivos e dos turnos de pesquisa e de entrevistadores por dia e hospital. O tamanho da amostra foi composta por 23.894 puérperas entrevistadas em 266 hospitais (VASCONCELLOS et al, 2014).

Os sujeitos do estudo foram as mulheres admitidas nas maternidades selecionadas por ocasião da realização do parto, bem como, seus conceptos vivos, independentes da idade gestacional ou peso, ou mortos, com peso ao nascer $\geq 500\text{g}$ e/ou idade gestacional ≥ 22 semanas de gestação. Foram excluídas do estudo as puérperas cujo parto tenha ocorrido fora da maternidade ou em outra unidade de saúde não selecionada, as que não falavam português (estrangeira), as com distúrbio mental grave ou surdas/mudas (LEAL et al, 2012; VASCONCELLOS et al, 2014).

O tamanho da amostra em cada estrato foi calculado com base na taxa geral de cesariana em 2007 (46,6%), para detectar diferenças de 14% entre os tipos de Serviço de Saúde, considerando nível de significância de 5%, poder de estudo de 95% e efeito do desenho de 1,3, totalizando um tamanho amostral de 450 mulheres por estrato.

A coleta de dados foi realizada por equipes de estudantes e profissionais de saúde, treinados e supervisionados pela coordenação da pesquisa, utilizando dois instrumentos: a) questionário hospitalar, submetido às puérperas, após terem aceitado participar da pesquisa, conforme o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, cuja entrevista ocorreu no pós-parto imediato, durante a internação hospitalar; b) formulário pré-elaborado, utilizado para coleta de dados secundários do prontuário da puérpera e do recém-nascido e fotografados os cartões do pré-natal da puérpera. Para a obtenção desses dados, as mulheres autorizaram manusear seu prontuário, fotografar o seu cartão do pré-natal e ligar para a sua casa. Informação detalhada sobre a coleta de dados está relatada em Leal et al (2012).

5.2 DETALHAMENTO METODOLÓGICO DA PRESENTE PESQUISA

5.2.1 Tipo de Estudo

Estudo epidemiológico do tipo transversal, que analisa possíveis associações entre as características sociodemográficas, gestacionais e obstétricas de mãe adolescentes em comparação com adultas jovens com a SHEG, cujos partos ocorreram nas Unidades de Saúde/Maternidades Públicas e Privadas de 54 municípios da Região Nordeste do Brasil, 2011-2012

Este estudo representa um subprojeto que faz parte do Inquérito Nacional sobre o Parto e Nascimento, pesquisa “Nascer no Brasil”.

5.2.2 Área de estudo

O estudo foi realizado na Região Nordeste, cuja extensão territorial é de 1.542.271 km², densidade demográfica, estimada em 2013, de 35,9 hab./km², constituído por 04 zonas ou sub-regiões (Sub- região do Meio Norte, Sertão, Agreste e Zona da Mata), 09 Estados (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Piauí, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe) e 1.135 municípios. A pesquisa foi realizada nos 09 Estados, em 54 municípios destes, a seguir: Maranhão (06 municípios), Piauí (05 municípios), Ceará (06 municípios), Rio Grande do Norte

(03 municípios), Paraíba (03 municípios), Pernambuco (09 municípios), Alagoas (03 municípios), Sergipe (03 municípios), Bahia (16 municípios).

Os resultados do Censo Demográfico realizado pelo IBGE em 2010 revelaram que a população estimada correspondia a 53.081.950 habitantes, no referido ano, com uma população estimada de 55.794.694 habitantes, para 2013. Do total da população, 10.383.221 são adolescentes e destes, 5.136.170 (49%) do sexo feminino.

5.2.3 Universo do estudo

No presente estudo, a amostragem foi constituída por 68 Estabelecimentos de Saúde/Maternidades Públicas e Privadas distribuídas em 54 municípios da Região Nordeste do Brasil.

5.2.4 População alvo/amostra

Foram estudados todos os registros das puérperas adolescentes e adultas jovens que fizeram parte do Inquérito Nacional referente à região Nordeste. Foram consideradas adolescentes, as mulheres com a faixa etária compreendida entre 10 a 19 anos e adultas jovens, aquelas entre 20 a 24 anos, segundo os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995). Foram excluídas as mulheres que se autodeclararam amarelas ou indígenas, em virtude da pequena proporção na população. Neste sentido, a população estudada foi composta por 3014 indivíduos, sendo 1320 puérperas adolescentes e 1694, adultas jovens.

5.2.5 Fontes e instrumentos

Foram utilizados registros do banco de dados do Inquérito Nacional sobre o Parto e o Nascimento sob guarda da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Ministério da Saúde, com participação do NNEPA/UEFS.

5.2.6 Variáveis do Estudo

As variáveis foram organizadas em um modelo teórico conceitual com três níveis de hierarquia (distal, intermediário e proximal), com o intuito de favorecer a visualização das associações do estudo e a discussão das mesmas (FUCHS,1996; VICTORA,1997). A variável

dependente (desfecho) do estudo, foi a SHEG, classificada, neste estudo, como hipertensão crônica ou pré-eclâmpsia ou eclâmpsia (convulsões) ou síndrome HELLP (sigla que representa, em inglês, a abreviação dos três principais elementos da síndrome: hemólise, enzimas hepáticas elevadas e baixa contagem de plaquetas). Esta variável foi construída com base nas respostas afirmativas das questões 46 e 47 do instrumento de coleta de dados do prontuário da participante (Anexo 2).

MODELO PREDITIVO			
VARIÁVEL		Variáveis sócio-demográficas	CATEGORIZAÇÃO
DISTAL	NÍVEL 1	Faixa etária;	10-16 anos; 17-19 anos; 20 a 24 anos
		Situação Conjugal;	Sem ou Com companheiro
		Cor da pele	Branca; Parda; Preta
		Adequação da escolaridade com a idade;	Adequada ou Inadequada
		Trabalho remunerado;	Sim ou Não
		Financiamento para o pré-natal	Público ou Privado
		Variáveis do pré-natal	
INTERMEDIÁRIO	NÍVEL 2	Adequação da assistência pré-natal	Adequado, Parcialmente adequado; Inadequado
		Antecedentes clínicos de risco;	Sim ou Não
		Fumo nos primeiros 05 meses de gestação	Sim ou Não
		Variáveis do parto	
PROXIMAL	NÍVEL 3	Fonte de pagamento do parto	Público ou Privado
		Variáveis relacionadas ao desfecho obstétrico	
		Síndrome hipertensiva específica da gestação	Hipertensão crônica ou pré-eclâmpsia ou eclâmpsia (convulsões) ou síndrome HELLP

5.2.7 Método de análise dos dados

Os dados foram processados eletronicamente através do Programa *Statistical Package for the Social Science* – SPSS, versão 17.0 for Windows e STATA.

Fase I – Análise univariada, para estimar a frequência das variáveis preditoras (descrição das características sociodemográficas, de pré-natal e obstétricas).

Fase II – Análises bivariadas, por meio do teste qui-quadrado (χ^2) de Pearson, com o nível de significância de 5%, para verificar possíveis associações entre a SHEG (variável dependente) e as variáveis independentes.

Fase III – Análise multivariada, em modelos hierárquicos, a partir dos resultados das análises bivariadas e respectivos p valores com nível de significância $< 0,20$, pelo teste de *Wald*. As variáveis foram organizadas por nível de proximidade com o desfecho, inserindo-se primeiro aquelas do nível distal. As variáveis significantes ($p \leq 0,05$) foram conservadas no modelo e entraram no ajuste do nível intermediário. O mesmo procedimento foi empregado até que as variáveis proximais fossem ajustadas com as intermediárias e distais, sendo que as variáveis selecionadas pelo nível de significância estatística em um determinado nível, permaneciam nos modelos subsequentes, mesmo que a inclusão de variáveis hierarquicamente inferiores modificasse sua significância (MEDRONHO et al, 2008).

Os resultados foram expressos por valores de razão de Odds (OR), com seus respectivos intervalos de confiança (95%). Para a realização destes procedimentos utilizaram-se o programa SPSS versão 17.0, para análise univariada e bivariada e o programa STATA, para a análise multivariada e a regressão logística.

5.2.8 Aspectos éticos

Conforme a parceria entre a Coordenação Nacional do Projeto, Dra. Maria do Carmo Leal (FIOCRUZ) e a Coordenação do Núcleo de Estudos e Pesquisa na Infância e Adolescência (NNEPA/UEFS), foi solicitado, por meio de um formulário, o banco de dados da ENSP/FIOCRUZ e o acesso ao banco de dados da Região Nordeste, com as variáveis selecionadas. Além disso, foi assinado um termo de compromisso para utilização de dados da pesquisa “Nascer no Brasil”, obedecendo ao preceito ético da pesquisa em seres humanos de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), mantendo a privacidade dos participantes, seu anonimato e a confidencialidade das informações empregadas na pesquisa, respeitando os critérios estabelecidos pelo pesquisador.

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS, de acordo com a Resolução 466/12 do CNS, uma vez que os objetivos desse projeto diferem dos objetivos da Pesquisa Original, sendo aprovado sob protocolo 39148014.4.0000.0053.

Os dados gerados a partir desta pesquisa ficarão armazenados no Banco de Dados do Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência – NNEPA, sob a responsabilidade da coordenação do Núcleo.

6 RESULTADOS

Os principais dados da atual pesquisa serão apresentados na forma de artigo.

Fatores associados à Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação em puérperas adolescentes e adultas jovens da Região Nordeste do Brasil: análise multivariada em modelos hierárquicos

Factors associated with Hypertensive Syndrome in Pregnancy (HSP) in postpartum adolescent and young adult mothers in the Northeast of Brazil: a multivariate analysis of hierarchical models

Eloisa Barreto Bacelar¹

Maria Conceição Oliveira Costa¹

Silvana Granado Nogueira da Gama²

Magali Teresópolis Reis Amaral¹

André Henrique do Vale de Almeida¹

¹Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil.

²Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

RESUMO

A síndrome hipertensiva específica da gravidez (SHEG) é considerada uma complicação clínica relevante, durante o período gravídico-puerperal, contribuindo para elevadas taxas de morbimortalidade materna e neonatal, principalmente nos extremos da idade reprodutiva.

Objetivo: analisar possíveis associações entre a SHEG e as características sociodemográficas, do pré-natal e do parto de mães adolescentes e adultas jovens. **Metodologia:** estudo epidemiológico, de corte transversal, de base hospitalar e nível regional, ocorrido em 54 municípios da Região Nordeste do Brasil, no período de 2011 e 2012. Para esse estudo utilizou-se registros do banco de dados do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento - “Nascer no Brasil”. Foi estabelecido um modelo teórico conceitual com três níveis de hierarquia, tendo como variável desfecho, a SHEG. Análise multivariada foi realizada, a partir dos resultados das análises bivariadas e respectivos *p* valores, com nível de significância < 0,20, pelo teste de *Wald*. **Resultados:** Do total de 2960 adolescentes e adultas jovens, 135 (4,6%) desenvolveram SHEG. As puérperas sem companheiro mostraram chance 1,5 vezes maior de apresentar SHEG

(OR= 1,53); a escolaridade inadequada aumentou a chance dessa ocorrência em 1,9 vezes (OR = 1,86); a presença de antecedente clínico de risco aumentou 21 vezes a chance de ocorrer SHEG entre adolescentes e adultas jovens (OR=21,72). **Conclusões:** Segundo resultados, múltiplos determinantes podem estar associados a SHEG, onde foram identificados fatores de risco de âmbito social e biológico, sinalizando a importância dos investimentos na qualidade da assistência pré-natal e trabalho de parto dos grupos mais vulneráveis.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão induzida pela gestação, Gravidez na adolescência, Adolescente, Adulto jovem.

ABSTRACT

Hypertensive Syndrome in Pregnancy is considered relevant clinical complications during the pregnancy-puerperal period, as it contributes to elevated rates of maternal and neonatal morbimortality. This occurs mainly in the extremes of maternal reproductive age. **Objective:** To analyze the possible associations between HSP and socio-demographic, pre-natal, and delivery characteristics of young adult and teenage mothers. **Methods:** Epidemiologic study, cross-sectional, hospital-based and regional level, gathered from 54 municipalities in the Northeast region of Brazil from 2011-2012. The records used were obtained from the database of the National Survey on Labor and Delivery, "Born in Brazil". The theoretical model used had a three-level hierarchy, and Hypertensive Syndrome in Pregnancy (HSP) was the outcome. A multivariate analysis was carried out, using the results of a bivariate analysis and the respective p-values, with a significance level of < 0.2 , using a Wald test. **Results:** Of the 2960 adolescents and young adults included in the study, 135 (4.6%) developed HSP. The mothers without a partner had 1,5 times the odds of the developing one of the types of HSP (OR=1.53); inadequate schooling increased the odds of occurrence of HSP by 1.8 times (OR = 1.86); those with a prior clinical risk factor had 21 times higher odds of HSP among adolescents and young adults (OR=21.72). **Conclusions:** According to this study, multiple determinants may be associated with HSP, as both social and biological risk factors were identified. This highlights the importance of investments in the quality of pre-natal health care and accompaniment of the labor among the most vulnerable groups.

Keywords: Hypertensive Syndrome in Pregnancy, Pregnancy in adolescence, adolescent, young adult

INTRODUÇÃO

Em nível mundial, a Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) é considerada uma das principais causas de morte materna e neonatal, correspondendo a terceira causa de morte materna. No Brasil, constitui a primeira causa de morte, apresentando elevada taxa de morbimortalidade perinatal, oscilando entre 5 a 20%. Nos países desenvolvidos, esta incidência varia entre 2 a 8% das gestações, enquanto no Brasil pode alcançar acima de 10%.^{1,2,3}

A etiologia da SHEG é desconhecida, entretanto há inúmeros fatores e teorias sugeridas para explicar as possíveis causas.¹ Os fatores de risco que contribuem para a sua ocorrência podem ser extrínsecos ou intrínsecos, onde se destaca a primeira gestação com idade inferior a 17 anos.^{1,4,5,6} Independente da idade, gestantes com hipertensão gestacional devem ser encaminhadas ao Pré-Natal de Alto Risco, uma vez que necessitam de atendimento diferenciado, com maior frequência de consultas e visitas domiciliares, realizado por profissionais de saúde aptos para identificar problemas que possam causar danos ao binômio.³

Para atender esta demanda, faz-se necessário, que estas gestantes tenham garantia de acesso à recursos, profissionais e serviços especializados, através do modelo de assistência centrado nas linhas de cuidados integrais em Saúde Reprodutiva e interligado com os vários níveis de complexidade do Sistema de Saúde, cuja prioridade é a captação precoce, identificação de riscos reprodutivos e encaminhamentos, quando necessário, aos Serviços de Referência e Contrarreferência. A finalidade é proporcionar uma assistência ampliada e integral, centrada no indivíduo, bem como, evitar a peregrinação de mulheres em busca do atendimento e intercorrências durante todo o ciclo gravídico-puerperal.^{3,7,8}

Adolescentes grávidas são mais vulneráveis à ocorrência da SHEG, quando comparadas às adultas jovens por apresentarem características peculiares, como imaturidade de órgãos e sistemas, desinformação e dificuldade de acesso ao Sistema de Saúde.⁹ A SHEG é mais incidente entre as adolescentes mais jovens (< 16 anos), uma vez que, neste grupo etário, há maior número de nulíparas, com estado nutricional deficiente e ausência de cuidados pré-natais.¹⁰

Estudos apontam que mulheres adolescentes apresentam baixa adequação da assistência pré-natal pelo início tardio e menor número de consultas^{11,12,13}, fatores esses que aumentam os riscos da gestação, especialmente aquelas adolescentes com idade inferior a 15 anos. Esse grupo também tem mostrado ser menos informado sobre as maternidades de referência, para

realização do parto; conseqüentemente, apresentam maior frequência de peregrinação, no momento da admissão para o parto.¹¹ Essas circunstâncias podem contribuir com maior prevalência da SHEG nesse grupo etário.^{11,12,13}

A literatura é consensual quanto à magnitude da SHEG entre os grupos etários nos extremos da idade reprodutiva (adolescentes e período pré - menopausa). O objetivo desse estudo foi analisar possíveis associações entre características sociodemográficas, do pré-natal e do parto com a Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação entre puérperas adolescentes e adultas jovens na Região Nordeste do Brasil.

MÉTODOS

Este estudo é um subprojeto que faz parte do Inquérito Nacional sobre o Parto e Nascimento, intitulado “Nascer no Brasil”. Estudo epidemiológico de corte transversal, de base hospitalar, realizada em 191 municípios de todos os Estados e Regiões do Brasil, no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012.^{14,15}

A amostra nacional foi selecionada em três estágios: o primeiro estágio foi composto por hospitais com 500 ou mais partos, em 2007, estratificados em cinco macrorregiões do país, localizando-se na capital do estado ou interior e tipo de hospital (privado, público ou misto); o segundo estágio foi constituído pelos dias da semana (mínimo de sete dias em cada hospital), utilizando o método de amostragem inversa, para selecionar tantos dias de pesquisa que fossem necessários para alcançar 90 puérperas entrevistadas no hospital e; o terceiro estágio foi composto pelas puérperas, onde o número de puérperas selecionadas dependia do número de nascimentos vivos, dos turnos de pesquisa e número de entrevistadores por dia e hospital.¹⁵

Os sujeitos do estudo foram mulheres admitidas nas maternidades selecionadas por ocasião da realização do parto, bem como seus conceitos vivos (independentes da idade gestacional ou peso) ou mortos, com peso ao nascer ≥ 500 g e/ou idade gestacional ≥ 22 semanas de gestação. Foram excluídas do estudo as puérperas cujo parto tenha ocorrido no domicílio, no transporte para a maternidade ou em outra Unidade de saúde não selecionada, aquelas que não falavam português (estrangeira), com distúrbio mental grave ou surdas/mudas.^{14,15}

Para o Inquérito Nacional, realizado em todas as regiões do país, representadas pelos municípios selecionados, o tamanho da amostra em cada estrato foi calculado com base na taxa geral de cesariana em 2007 (46,6%), para detectar diferenças de 14% entre os tipos de Serviço de Saúde, considerando nível de significância de 5%, poder de estudo de 95% e efeito do desenho de 1,3, totalizando um tamanho amostral de 450 mulheres por estrato.¹⁵

A coleta de dados do Inquérito Nacional foi realizada por equipes de estudantes e profissionais de saúde, treinados e supervisionados pela coordenação da pesquisa, utilizando dois instrumentos: a) questionário hospitalar, submetido às puérperas, cuja entrevista ocorreu no pós- parto imediato, durante a internação hospitalar; b) formulário pré-elaborado, utilizado para coleta de dados secundários do prontuário da puérpera.^{14,15}

Na presente pesquisa, foram estudados todos os registros das puérperas adolescentes e adultas jovens que fizeram parte desse Inquérito referente à região Nordeste, composta por 68 Unidades de Saúde distribuídas em 54 municípios. Foram excluídas as mulheres que se autodeclararam amarelas ou indígenas, em virtude da pequena proporção na população. Neste sentido, a população estudada foi composta por 2960 indivíduos, sendo 1299 puérperas adolescentes e 1661 adultas jovens.

Foram consideradas adolescentes, as mulheres com a faixa etária compreendida entre 10 a 19 anos e adultas jovens, aquelas entre 20 a 24 anos, segundo os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.¹⁶ As adolescentes foram subdivididas em grupos: 10 a 16 anos (adolescência precoce e intermediária) e de 17 a 19 anos (adolescência tardia).¹⁷

Os registros utilizados para o presente estudo foram obtidos do banco de dados do Inquérito Nacional, com autorização da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), pesquisa realizada em parceria com o Núcleo de Estudos e Pesquisa na Infância e Adolescência da Universidade Estadual de Feira de Santana (NNEPA/UEFS). Foi assinado um termo de compromisso para utilização de dados da pesquisa “Nascer no Brasil”, de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

As variáveis estudadas buscaram contemplar os objetivos da pesquisa, onde as variáveis independentes (preditoras) foram organizadas em um modelo teórico conceitual com três níveis de hierarquia (distal, intermediário e proximal).^{18,19}

No nível distal, foram incluídos os aspectos sociodemográficos: Faixa etária (10 a 16 anos, 17 a 19 anos e 20 a 24 anos); situação conjugal (sem companheiro e com companheiro); cor da pele (branca, parda e preta); adequação da escolaridade com a idade (inadequada e adequada); trabalho remunerado (sim e não) e financiamento para o pré-natal (público e privado). A variável “adequação da escolaridade para a idade” foi calculada, considerando o número de anos de estudo esperado para a idade, conforme preconizado pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional,²⁰ e em um estudo²¹ que considerou como escolaridade adequada ter concluído o ensino médio.

No nível intermediário, foram incluídas as variáveis que representam as características do pré-natal: Adequação da assistência pré-natal (adequado, parcialmente adequado e

inadequado); antecedentes clínicos de risco (sim e não) e uso de fumo nos primeiros 05 meses de gestação (sim e não).

A variável adequação da assistência pré-natal foi construída baseada em um estudo, com informações detalhadas sobre esta variável: o trimestre gestacional na época de início do pré-natal; o número total de consultas recebidas corrigido segundo a idade gestacional no momento do parto; os exames de rotina realizados; e a orientação fornecida sobre a maternidade de referência para assistência ao parto.⁹ Baseado no referido estudo⁹, foi elaborado um indicador de adequação mínima de assistência pré-natal que considerou como assistência pré-natal adequada: 1) início do acompanhamento pré-natal, quando realizado até a 12^a semana gestacional, conforme recomendação da Rede Cegonha²²; 2) número adequado de consultas para a idade gestacional no parto, considerando o calendário mínimo de seis consultas preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil, que recomenda a realização de pelo menos uma consulta no primeiro trimestre gestacional, duas no segundo e três no último trimestre²³; 3) o registro de pelo menos um resultado de cada um dos exames preconizados na rotina de pré-natal: glicemia, urina, sorologia para sífilis, sorologia para HIV e ultrassonografia e o recebimento da orientação sobre a maternidade de referência para assistência ao parto.

Para a análise do nível proximal foi utilizada a variável referente às características do parto: Fonte de pagamento do parto (pública e privada). Esta variável foi construída baseada em um estudo²⁴, sendo classificada como proximal por refletir o modelo de assistência que predomina, atualmente, no Brasil. Baseado no referido estudo²⁴, o parto ocorrido em Unidades Públicas e em Unidades Mistas e que não foram financiados por plano de saúde foram classificadas como tendo fonte de pagamento pública; o parto financiado por plano de Saúde, tendo ocorrido em Unidades Mistas ou Privadas, assim como, o parto ocorrido em Unidades Privadas, independente de ter sido financiado por plano de saúde, foram classificadas como tendo fonte de pagamento privada.

As variáveis independentes que compuseram os níveis distal, intermediário e proximal foram estabelecidas a partir das questões pertencentes ao questionário hospitalar aplicado à puérpera, com exceção da variável “antecedentes clínicos de risco” (nível intermediário) que foi construída baseada nas questões contidas no instrumento para a coleta de dados do prontuário da gestante, considerando, respectivamente, a presença de alguma das seguintes situações: doença cardíaca, hipertensão arterial com tratamento continuado, diabetes não gestacional e epilepsia.

A variável dependente (desfecho) do estudo foi a SHEG, sendo considerada, neste estudo, a ocorrência de algum dos tipos da síndrome hipertensiva, durante a gestação e/ou no trabalho de parto: hipertensão crônica, pré-eclâmpsia, eclâmpsia(convulsões) ou a síndrome HELLP (sigla que representa, em inglês, a abreviação dos três principais elementos da síndrome: hemólise, enzimas hepáticas elevadas e baixa contagem de plaquetas).

Para a análise dos dados, inicialmente, foi realizada a análise univariada, para estimar as frequências, absoluta e relativa das variáveis preditoras (descrição das características sociodemográficas, de pré-natal e do parto). Em seguida, foi realizada a análise bivariada, por meio do teste qui-quadrado (χ^2) de Pearson, com o nível de significância de 5%, para verificar possíveis associações entre SHEG (variável dependente) e variáveis independentes.²⁵

A análise multivariada em modelos hierárquicos foi realizada a partir dos resultados das análises bivariadas e respectivos *p* valores, com nível de significância $< 0,20$, pelo teste de *Wald*. As variáveis foram organizadas por nível de proximidade com o desfecho, inserindo-se primeiro aquelas do nível distal. As variáveis significantes ($p \leq 0,05$) foram conservadas no modelo e entraram no ajuste do nível intermediário. O mesmo procedimento foi empregado até que as variáveis proximais fossem ajustadas com as intermediárias e distais, sendo que aquelas selecionadas pelo nível de significância estatística em um determinado nível, permaneciam nos modelos subsequentes, mesmo que a inclusão de variáveis hierarquicamente inferiores modificasse sua significância.^{25,21}

Os resultados foram expressos por valores de razão de odds (OR), com seus respectivos intervalos de confiança (95%). Para a realização destes procedimentos utilizou-se o programa SPSS versão 17.0, para análise univariada e bivariada; e o programa STATA 10.0, para a análise multivariada e regressão logística.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS, de acordo com a Resolução 466/12 do CNS, sob protocolo 39148014.4.0000.0053.

RESULTADOS

Do total de 6094 puérperas da Região Nordeste do Brasil que fizeram parte do Inquérito Nacional, 48,6% (2960) pertenciam a faixa da adolescência e juventude. Deste grupo, 4,6% (135) apresentaram SHEG, sendo que 59,3% (80) eram adultas jovens. De acordo com a

classificação, 97,8% (132) apresentaram HA crônica, pré-eclâmpsia e síndrome de HELLP e 8,2% (11) apresentaram eclâmpsia.

No que se refere às características sociodemográficas, observou-se que, 15,4% (456) eram adolescentes na faixa etária entre 10 a 16 anos (adolescência precoce) e 28,5% (843) na faixa entre 17 a 19 anos (adolescência tardia), perfazendo um total de 43,9% (1299) adolescentes (10 a 19 anos) e 56,1% (1661) adultas jovens (20 a 24 anos). Quanto à situação conjugal, 77,4% (2290) referiram ter companheiro; 72,9% (2159) se autodeclararam de cor parda; 61,0% (1777) apresentaram a escolaridade inadequada para a idade; 83,2% (2462) não trabalhavam e 90,1% (2618) realizaram o pré-natal no setor público. De acordo com a análise bivariada, nesse bloco de variáveis, a cor da pele e a adequação da escolaridade com a idade apresentaram associação estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) com o desfecho estudado (SHEG) (Tabela 1).

Ao analisar as características de pré-natal, 76,5% (2265) das puérperas que participaram do estudo na Região Nordeste, tiveram uma assistência inadequada; a grande maioria referiu não apresentar antecedente clínico de risco, bem como, não ter fumado nos primeiros cinco meses da gravidez, 98,3% e 94,7%, respectivamente. Ressalta-se que foi verificada associação significativa da variável antecedentes clínicos de risco e SHEG (Tabela 1).

A análise das variáveis relacionadas às características do parto, identificou que 95,3% (2821), ocorreram no setor público e 59% (1746) foram parto normal. Das 135 puérperas que desenvolveram a SHEG, 76,3% (103) submeteram-se à cesariana; tendo sido verificada associação significativa entre as variáveis fonte de pagamento do parto (público) e tipo de parto (cesariana) e a SHEG. (Tabela 1).

Com o intuito de identificar os possíveis fatores associados à SHEG, foi realizada a análise de regressão logística, utilizando o modelo hierarquizado. No bloco distal (Modelo I), verificou-se que a situação conjugal ($p = 0,029$), e adequação da escolaridade para a idade ($p = 0,002$) apresentaram associação significativa com o desfecho em estudo, sendo assim mantidas nas análises de nível intermediário. Nesse nível (Modelo II), observou-se associação significativa entre antecedentes clínicos de risco e SHEG ($p = 0,000$). Ressalta-se que, no nível intermediário, as variáveis situação conjugal ($p = 0,022$) e escolaridade ($p = 0,001$) mantiveram resultados significantes (Tabela 2).

Na última etapa da análise de regressão logística - nível proximal (Modelo III) foram mantidas as variáveis que mostraram associação significativa com o desfecho (SHEG), nos níveis distal e intermediário, entretanto, não foi observado associação significativa entre a SHEG e as variáveis significantes nos modelos I e II. (Tabela 2).

Vale ressaltar que no modelo final, foram mantidas as variáveis: a) situação conjugal, onde o grupo de adolescentes e adultas jovens sem companheiro mostraram 1,5 vezes maior chance de desenvolver a SHEG (OR= 1,53); b) adequação da escolaridade com a idade, onde aquelas com escolaridade inadequada apresentaram 1,9 vezes maior chance de ocorrência da SHEG (OR=1,86); c) antecedentes clínicos de risco, os quais representaram o principal fator de exposição, onde puérperas que referiram ter alguma doença clínica progressa à gestação apresentaram 21,7 vezes maior chance da ocorrência de SHEG (OR = 21,72).

DISCUSSÃO

No Brasil, a maioria das mortes entre gestantes na adolescência está relacionada às complicações da gravidez e do parto. A SHEG é uma complicação frequente e um fator etiológico de morbimortalidade materna e neonatal, responsável por 37% dos óbitos por causa obstétrica direta, sendo considerado um grave problema de saúde pública.^{26,27} Os resultados do presente estudo identificaram como fatores de risco para a ocorrência da SHEG, a ausência de companheiro, a inadequação da escolaridade para a idade e a presença de antecedentes clínicos de risco.

A proporção de SHEG encontrada nesta pesquisa para o grupo de adolescentes (4,3%) e adultas jovens (4,8%), concorda com resultado observado em pesquisa realizada com puérperas adolescentes, no Ceará (3,5%).²⁸ Muito embora, outras pesquisas com gestantes adolescentes tenham apontado proporções superiores: Recife²⁹ (40,4%), Maceió³⁰ (22,5%) e Taubaté³¹(14%). Estudos com gestantes de todas as faixas etárias realizados em São Paulo³², Maranhão³³ e na Região Sudeste do Brasil³⁴ observaram, respectivamente, a presença de SHEG em 45,45% das adolescentes e 13,53% entre as adultas jovens; em 69% das adolescentes e adultas jovens e em 19,7% das adolescentes entre 10 a 14 anos e em 12,2% das adolescentes entre 15 a 19 anos.^{32,33,34} Esses estudos identificaram possíveis associações entre a maternidade precoce e a SHEG, apontando a importância imprescindível da atenção pré-natal no que se refere ao impacto da doença sobre a saúde da mulher adolescente.

Na presente pesquisa, as análises bivariadas, também sinalizaram a presença de associação entre SHEG com outros fatores, já discutidos na literatura, como: cor da pele, escolaridade, antecedentes clínicos de risco (diabetes mellitus pré-gestacional, lúpus eritematoso, hipertensão arterial) e tipo de parto.^{1,4,5,6,35} Nesta análise, as adolescentes e adultas jovens com escolaridade adequada para a idade apresentaram maior proporção da SHEG

(6,3%), divergindo de um estudo realizado em uma Maternidade-escola do Recife, onde 52,2% das adolescentes com SHEG, apresentaram escolaridade inadequada para a idade.²⁹

Nas análises multivariadas do presente estudo, adolescentes e adultas jovens com escolaridade inadequada apresentaram 1,9 vezes maior chance de ocorrência da SHEG (OR=1,86), achado este que ratifica a baixa escolaridade como um fator de risco para essa patologia, possivelmente pela menor compreensão da gestante sobre a importância e necessidade de cuidados profissionais e autocuidado durante a gestação, além das possíveis dificuldades de acesso aos serviços de Saúde. Esses achados corroboram com estudo realizado entre mulheres Nórdicas³⁶ (Suecas, Norueguesas, Dinamarquesas, Finlandesas e Islandesas), onde mulheres com menor escolaridade formal, apresentaram 1.2 vezes maior chance de ocorrência da SHEG (OR=1,18)

Quanto aos aspectos étnicos/raciais (cor da pele), na análise bivariada, a ocorrência da SHEG mostrou ser mais frequente entre mulheres de cor branca (6,7%), entretanto, na análise multivariada, não foi observada associação significativa entre essas variáveis, divergindo de outras pesquisas^{35,37} que observaram maior significância estatística entre as mulheres de cor preta. Para o uso de tabaco durante a gestação, os resultados do presente estudo ratificam pesquisas realizadas em nível nacional, em Maternidades dos Estados das Regiões Nordeste³⁰, Sudeste³⁴ e Sul do Brasil³⁵, como concordam com dados de pesquisa realizada em outros países, com mulheres de países Nórdicos³⁶ (Suécia, Noruega, Dinamarca, Finlândia e Islândia), uma vez que não foram verificadas associações significantes.

Segundo recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde/MS, a qualidade do Pré-natal está diretamente relacionada ao início precoce (até 12ª semana de gestação) e a realização de, no mínimo, seis consultas, sendo preferencialmente, uma no primeiro trimestre da gestação, duas no segundo e três no terceiro, a fim de prevenir, diagnosticar e tratar possíveis complicações comuns ao período gestacional. Na presente pesquisa, 8,5% das adolescentes e adultas jovens realizaram o pré-natal adequadamente, concordando com os resultados do estudo realizado por Domingues et al (2015), que ao verificarem o grau de adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil, identificaram menor adequação entre adolescentes (15,4%).⁹ Contudo, é importante ressaltar que no presente estudo não houve associação estatisticamente significativa entre adequação da assistência pré-natal e a SHEG.

No que concerne a fonte de pagamento do parto, a análises bivariadas da presente pesquisa verificaram associação estatística desta variável com a SHEG, resultados que

divergem com os achados de Queiroz et al (2014), ao avaliar a frequência de síndromes hipertensivas na gravidez e fatores associados na região Sudeste do Brasil.³⁴

Segundo consenso de estudiosos, a presença de SHEG está associada ao maior risco de se submeter ao parto cesáreo, uma vez que este tipo de parto é indicado em situações de urgência, onde a gestação deve ser interrompida, a fim de minimizar possíveis complicações para a vitalidade fetal, preservando assim, a vida da mãe e feto.^{38,39,40} No presente estudo, o tipo de parto (cesariana) apresentou associação significativa com a SHEG, resultado diverso ao estudo realizado em uma Maternidade-escola de Maceió, onde não foi observado associação significativa entre o tipo de parto e a prevalência da SHEG.⁴¹

No que diz respeito à situação conjugal, estudos sugerem haver relação entre esta variável e o autocuidado, onde as complicações da gestação são mais frequentes entre as solteiras. Sabe-se que o apoio da família é imprescindível para a boa evolução da gestação, assim como, nos problemas decorrentes desta.³² Neste estudo, a situação conjugal apresentou-se como um dos fatores de risco para a SHEG, onde adolescentes e adultas jovens sem companheiro, apresentaram chance 50% maior de desenvolver SHEG (OR=1,5). Estudo realizado por Oliveira e Graciliano (2015) ao avaliar os fatores associados ao desfecho SHEG em mulheres nas faixas compreendidas entre 13 e 43 anos, em Maternidade Pública de Maceió em 2013, demonstraram resultados divergentes, onde as solteiras apresentaram menor risco em desenvolver qualquer uma das categorias da SHEG (OR=0,66; IC95%: 0,37-1,15), atuando como fator de proteção.³⁰

Quanto aos antecedentes clínicos à gestação considerados como fator de risco para a SHEG, os achados da presente pesquisa mostraram forte associação dessa variável com a SHEG. Foi verificado que as mulheres que tinham alguma doença anterior à gestação apresentaram 21 vezes maior chances de desenvolver algum tipo de SHEG. Estes achados concordam com pesquisa realizada na Região Sul do Brasil, por Dalmáz et al (2011), que encontraram, na análise multivariada, associação entre SHEG e hipertensão crônica e diabetes não gestacional, demonstrando que ter hipertensão crônica e diabetes não gestacional, aumenta em 7 vezes e em 3 vezes, respectivamente, a chance de desenvolver SHEG (OR= 7,05; IC: 1,99 – 24,93; OR= 3,87; IC95%: 1,22 – 12,27).³⁵

Para concluir, vale sinalizar que, segundo os achados desse estudo, múltiplos determinantes podem estar associados a SHEG, visto que, foram identificados fatores de risco de âmbito social (situação conjugal, escolaridade) e biológico (antecedentes clínicos de risco). Enfatiza-se os aspectos preventivos e de intervenção familiar e social, especialmente do setor da saúde, pela importância em priorizar e garantir à estas mulheres, o acesso à assistência ao

pré-natal e parto de qualidade, visando o diagnóstico e tratamento precoce, evitando a peregrinação, complicações e consequentemente, a morbimortalidade materna e neonatal.

CONSIDERAÇÕES

A literatura é consensual quanto à maior prevalência da SHEG nas adolescentes, quando comparada com adultas jovens, em virtude das características inerentes à idade. Entretanto, no presente estudo que pesquisou uma amostragem representativa de gestantes adolescentes e adultas jovens, nas maternidades da Região Nordeste, a maior proporção da SHEG foi identificada entre adultas jovens.

No presente estudo, as variáveis que mostraram associação significativa com a SHEG foram a ausência de companheiro, a escolaridade inadequada e a presença de antecedentes clínicos de risco, sugerindo forte interferência dos fatores sociais e biológicos na ocorrência da síndrome.

A SHEG representa uma das principais complicações da gestação, portanto é necessário que as autoridades tenham compromisso com as Políticas de Saúde materno-infantil, viabilizando estratégias efetivas de prevenção e de controle dessa ocorrência, bem como, favoreçam a garantia de acesso aos Serviços de Atenção à Mulher, em todos os níveis de atenção (primária, secundária e terciária), durante todo o ciclo gravídico-puerperal, prevenindo e minimizando riscos perinatais, garantindo assim à sociedade e futuras gerações nascer com saúde e dignidade.

Salienta-se a importância do desenvolvimento de novos estudos sobre esta temática entre adolescentes e adultas jovens de outras Regiões do País, a fim de identificar os fatores de risco, bem como, elucidar mecanismos que permitam a efetivação da ampliação e implementação de Serviços de Pré-natal de qualidade quanto ao acompanhamento e encaminhamento ao serviço de Referência na rede do Sistema único de saúde (SUS), em nível local, regional e nacional, tendo em vista a realização de cuidados efetivos em saúde.

REFERÊNCIAS

1. SOUZA, A. S. R.; NORONHA NETO, C.; AMORIM, M. M. R.; COUTINHO, I.C. Sulfato de magnésio nas síndromes hipertensivas da gestação: Efeitos hemodinâmicos maternos e fetais. **Femina**, v.34, n.9, 2006.

2. FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia-Febrasgo. **Manual de gestação de alto risco**. Rio de Janeiro, 2011.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher. **Gestação de Alto Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
4. SANTOS, Z. M. S. A.; OLIVEIRA, F. M. L.; SILVA, M. P.; NASCIMENTO, J.C.; FEITOZA, F. S.; NASCIMENTO, R.O. Fatores de risco para a síndrome hipertensiva específica da gravidez. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 22, n. 1, p. 48-54, 2009.
5. SECUNDO, F. F.; MARQUES, M. M. M.; SILVA, A. R. A.; ANDRADE, J. M.; GUEDES, M. I. F. Toxemia Gravídica na Adolescência. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v.33, n.4, p.595-604, out/dez. 2009.
6. NASCIMENTO, T. L. C; BOCARDI, M. I. B.; SANTA ROSA; M. P. R. Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) em adolescentes: uma revisão de literatura. **Ideias & Inovação**, v.2, n.2, p.69-76, 2015.
7. XAVIER, R. B.; BONAN, C.; MARTINS, A. C.; SILVA, K. S. Reproductive risks and comprehensive care of pregnant women with hypertensive syndromes: a transversal study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 823-33, 2013.
8. AQUINO, P. T.; SOUTO, B. G. A. Problemas gestacionais de alto risco comuns na atenção primária. **Rev Med Minas Gerais**, v. 25, n. 4, p. 568-576, 2015.
9. SILVA, M. P.; SANTOS, Z. M. S. A.; NASCIMENTO, R. O.; FONTELES, J. L. Avaliação das condutas de prevenção da síndrome hipertensiva específica da gravidez entre adolescentes. **Rev. Rene. Fortaleza**, v.11, n.4, p. 57-65, 2010.
10. MAGALHÃES, M. L. C.; FURTADO, F. M.; NOGUEIRA, M. B. et al. Gestação na adolescência precoce e tardia – há diferença nos riscos obstétricos? **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 28, n. 8, p. 446-452, 2006.
11. DOMINGUES, R. M. S. M.; VIELLAS, E. F.; DIAS, M. A. B.; et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev. Panam. Salud Pública**, v. 37, n.3, 2015.
12. GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; SABROZA, A. R.; et al. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em Maternidade do município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, supl. 1, p. 101-111, 2004.

13. VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R.M.S.M.; DIAS, M.A.B.; GAMA, S.G.N.; THEME FILHA, M. M.; COATA, J. V.; et al. Assistência pré- natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.30, suppl.1, p. S 85-S100, 2014.
14. LEAL, M. C.; DA SILVA, A. A.; DIAS, M. A; DA GAMA, S. G.; RATNER, D.; MOREIRA, M. E. et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reprod Health**. v.9, n.15, 2012.
15. VASCONCELOS, M. T. L.; SILVA PLN, Pereira APE, Shilithz AOC, Souza Junior PRB, Szwarcwald CL. Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. **Cad. Saúde Pública**, 2014, 30 (suppl.1): S49-S58.
16. OMS (Organização Mundial de Saúde). **Physical Status: the use and interpretation of anthropometry**. Report of a WHO study group. Geneva: WHO, (Technical Report Series, 854), p.263-311, 1995.
17. COSTA, M. C. O.; SOUZA, R. P. **Abordagem da criança e do adolescente**. In: COSTA, M. C. O.; SOUZA, R. P, organizadores. *Semiologia e atenção primária à criança e ao adolescente*. Rio de Janeiro: Revinter; 2005. p.76-91
18. FUCHS, S.C.; VICTORA, C.G; FACHEL, J. Modelo Hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave, **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p.168-78, 1996.
19. VICTORA, C.H.; HUTTLY, S.R.; FUCHS, S.C; OLINTO, M.T.A. The role of conceptual frameworks in Epidemiological analysis: A Hierarchical Approach, **International Journal of Epidemiology**, v. 26, n. 1, p. 224-227,1997.
20. BRASIL. [Lei Darcy Ribeiro (1996)]. **LDB: Lei de diretrizes e bases da educação nacional** [recurso eletrônico]: Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. – 9. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2014.
21. ALMEIDA, A. H. V.; COSTA, M. C. O.; GAMA, S. G. N.; AMARAL, M. T. R.; VIEIRA, G. O. Baixo peso ao nascer em adolescentes e adultas jovens na Região Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 14, n. 3, p. 279-286, 2014.
22. Ministério da Saúde. Portaria 1 459/ 2011. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html Acessado em novembro de 2016.
23. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

24. GAMA, S. G. N.; VIELLAS, E. F.; SCHILITZ, A. O. C.; FILHA, M. M.T.; CARVALHO, M. L.; GOMES, K. R. O.; et al. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, supl.1, pp. S117-S 127, 2014.
25. MEDRONHO, R. A.; BLOCK, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. **Epidemiologia**, Rio de Janeiro: Atheneu, p.676, 2008.
26. SILVA, K. S.; ROZENBERG, R.; BONAN, C.; CHUVA, V. C. C.; COSTA, S. F.; GOMES, M. A. S. M. Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil): uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, 2011.
27. SILVA, M. P.; SILVA, M. P.; SANTOS, Z. M. S. A.; et al. Avaliação das condutas de prevenção da síndrome hipertensiva específica da gravidez entre adolescentes. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 11, n. 4, 2012.
28. CAMINHA, N. O.; COSTA, C. C.; BRASIL, R. F. G.; et al. O perfil das puérperas adolescentes atendidas em uma maternidade de referência de Fortaleza-Ceará. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n.3, p. 486-492, 2012.
29. LIMA, A. G.; OLIVEIRA, I. B. B.; MENEZES, M. L. N.; et al. Síndromes hipertensivas graves—Estudo descritivo com adolescentes atendidas em maternidade escola. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 13, n.2, 2012.
30. OLIVEIRA, A. C. M.; GRACILIANO, N. G. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, 2015.
31. DE FARIA, A. L.; SANTOS, T. C. M. M.; FEITOSA, M. S.; et al. Perfil sociodemográfico e patológico de gestantes com pré-eclâmpsia. **Rev. Enferm UFPE on line**, v. 7, n. 6, p. 4430-4436, 2013.
32. GONÇALVES, R.; FERNANDES, R. A. Q.; SOBRAL, D. H. Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo. **Rev bras enferm**, v. 58, n. 1, p. 61-64, 2005.
33. ALVES, A. G. A.; FIGUEIRO NETO, J. A.; SAUAIA, B. A.; et al. Perfil Clínico de pacientes com doença hipertensiva específica da gestação em uma UTI geral adulto do Estado do Maranhão. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v.15, 2014.
34. QUEIROZ, M. R. **Ocorrência das síndromes hipertensivas na gravidez e fatores associados na região Sudeste do Brasil**. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Saúde,

- Ciclos de Vida e Sociedade]. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, 2014.
35. DALMAZ, C. A.; SANTOS, K. G.; BOTTON, M. R.; et al. Risk factors for hypertensive disorders of pregnancy in southern Brazil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 57, n. 6, p. 692-696, 2011.
 36. . WIKSTROM, A. K.; STEPHANSSON, O.; CNATTINGIUS, S. Tobacco use during pregnancy and pre-eclampsia risk: effects of cigarette smoking and snuff. *Hypertension*, v.55, p. 1254–1259, 2010.
 37. FRANCO, R. C.; FERREIRA, C. R.; VIEIRA, C. R.; SILVA, R. R. Ethnicity, Obesity and Emotional Factors Associated With Gestational Hypertension. *J Community Health*, v. 40, p. 899–904, 2015
 38. CABRAL, S. A. L. C. S.; COSTA, C. F. F; CABRAL JÚNIOR, S. F. Correlação entre a idade materna, paridade, gemelaridade, síndrome hipertensiva e ruptura de membranas e a indicação de parto cesáreo. *Ver. Bras.Ginecol. Obstet*, v.25, n.10, p. 739-744, 2003.
 39. SELE-OJEME, D. O.; OMOSAIYE, M.; BATTACHARJEE, P.; et. al. Risk factors for obstetric admissions to the intensive care unit in a tertiary hospital: a case control study. **Arch Gynecol Obstet**, v. 272, n. 3, p. 207-10, 2005.
 40. DE SOUZA, F. L. P.; GOMES, G. O.; VIDAL, L. B.; BOARINI, M. R.; HORITA, R.B.; MENDONÇA, R. S.; et al. Resultados maternos e perinatais de partos normais de gestantes com Pré-eclâmpsia. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 11, n. 23, p. 24-39, 2014.
 41. DOS SANTOS, D. T. A.; CAMPOS, C. S. M.; DUARTE, M. L. Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 30, p.13-22, 2013.

Tabela 1. Características sociodemográficas, do pré-natal e do parto, e análise bivariada conforme à síndrome hipertensiva específica da gestação, em adolescentes e adultas jovens, municípios da Região Nordeste, Brasil, 2011-2012.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	N	%	Síndrome Hipertensiva ^a		P
			n	%	
Faixa etária (anos)					
10 – 16 anos	456	15,4	20	4,4	0,739
17 – 19 anos	843	28,5	35	4,2	
20 – 24 anos	1661	56,1	80	4,8	
Situação conjugal					
Sem companheiro	667	22,6	39	5,8	0,063
Com companheiro	2290	77,4	95	4,1	
Cor da pele					
Branca	495	16,7	33	6,7	0,048
Parda	2159	72,9	89	4,1	
Preta	306	10,3	13	4,2	
Adequação da escolaridade/ idade					
Inadequada	1777	61,0	61	3,4	<0,000
Adequada	1136	39,0	71	6,3	
Trabalho remunerado					
Sim	497	16,8	27	5,4	0,288
Não	2462	83,2	107	4,3	
Financiamento para o pré-natal					
Público	2618	90,1	115	4,4	0,088
Privado	287	9,9	19	6,6	
CARACTERÍSTICAS DO PRÉ-NATAL					
Adequação da assistência pré-natal^b					
Adequado	252	8,5	15	6,0	0,101
Parcialmente adequado	443	15,0	27	6,1	
Inadequado	2265	76,5	93	4,1	

Tabela 1. Características sociodemográficas, do pré-natal e do parto, e análise bivariada conforme à síndrome hipertensiva específica da gestação, em mães adolescentes e adultas jovens, municípios da Região Nordeste, Brasil, 2011-2012.

CARACTERÍSTICAS DO PRÉ-NATAL	N	%	Síndrome Hipertensiva ^a		<i>p</i>
			n	%	
Antecedentes clínicos de risco^c					
Sim	49	1,7	22	44,9	<0,000
Não	2911	98,3	113	3,9	
Fumo nos primeiros 05 meses de gestação					
Sim	158	5,3	7	4,4	0,951
Não	2800	94,7	127	4,5	
CARACTERÍSTICAS DO PARTO					
Fonte de pagamento do parto					
Público	2821	95,3	124	4,4	0,052
Privado	139	4,7	11	7,9	
Tipo de parto					
Normal	1746	59,0	32	1,8	<0,000
Cesariana	1214	41,0	103	8,5	

^a Síndrome hipertensiva específica da gestação = hipertensão crônica ou pré-eclâmpsia ou eclâmpsia (convulsões) ou síndrome HELLP.

^b Adequação da assistência pré-natal = início do pré-natal até a 12ª semana gestacional; número adequado de consultas para idade gestacional no parto, considerando calendário de seis consultas; pelo menos um de cada um dos exames de rotina de pré-natal, orientação sobre a maternidade de referência para assistência ao parto.

^c Antecedentes clínicos de risco = doença cardíaca ou hipertensão arterial com tratamento continuado ou diabetes não gestacional ou epilepsia.

Tabela 2. Resultados das regressões logísticas multivariadas, tendo como variável desfecho, a síndrome hipertensiva específica da gestação em mães adolescentes e adultas jovens, municípios da Região Nordeste, Brasil, 2011-2012.

MODELO DISTAL	Modelo I			Modelo II			Modelo III		
	OR	IC95%	<i>p</i>	OR	IC95%	<i>p</i>	OR	IC95%	<i>p</i>
Situação conjugal			0,029			0,022			0,040
Sem companheiro	1,5	1,1 2,3		1,6	1,1 2,4		1,5	1,1 2,3	
Com companheiro	1,0	- -		1,0	- -		1,0	- -	
Adequação da escolaridade/ idade			0,002			0,001			0,001
Inadequada	1,8	1,2 2,6		1,9	1,3 2,7		1,9	1,3 2,7	
Adequada	1,0	- -		1,0	- -		1,0	- -	
MODELO INTERMEDIÁRIO									
Antecedentes clínicos de risco^a			-			0,000			0,000
Sim	-	- -		21,5	11,7 39,5		21,7	11,8 39,9	
Não	-	- -		1,0	- -		1,0	- -	

^a Antecedentes clínicos de risco = doença cardíaca ou hipertensão arterial com tratamento continuado ou diabetes não gestacional ou epilepsia.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente pesquisa que analisou a frequência da SHEG em amostragem representativa de mães adolescentes da Região Nordeste do Brasil e possíveis fatores associados, com base na literatura, a partir dos dados Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento foi verificada que as adolescentes e adultas jovens sem companheiro, com baixo nível de escolaridade e com antecedentes clínicos de risco estiveram fortemente associados a SHEG. Embora a SHEG seja mais prevalente nas adolescentes quando comparada com as adultas jovens, em virtude das características inerentes à idade, o presente estudo identificou maior prevalência da SHEG, entre as adultas jovens da Região Nordeste.

A gravidez na adolescência é um problema complexo e decorrente de múltiplos fatores – biológicos, econômicos e psicossociais. A presença de um fator de risco para a SHEG pode agravar essa situação, uma vez que, a maioria das mortes entre gestantes na adolescência está associada às complicações da gravidez e parto, sendo a SHEG uma das causas mais importantes da morbimortalidade entre adolescentes.

A SHEG pode ser prevenida em todos os Níveis de Atenção à Saúde, principalmente no nível primário, onde a assistência pré-natal tem um papel fundamental. Através deste serviço, mulheres devem ter acesso às informações sobre o ciclo gravídico-puerperal, alterações e possíveis complicações inerentes da gestação.

Nesse contexto, torna-se relevante a atuação de profissionais competentes e comprometidos com o intuito de prestar uma assistência efetiva e de qualidade, onde o diagnóstico e tratamento precoces são de extrema importância para evitar complicações e óbitos perinatais. Além disso, a garantia de acesso é imprescindível, favorecendo, o início precoce do Pré-natal, bem como, referência para Serviços de Média e Alta complexidade, evitando dificuldades e peregrinação em busca de atendimento especializado.

A SHEG, apesar de ser um tema muito discutido em nível mundial, se faz mister estudos entre mulheres adolescentes, propiciando aprofundamento do tema na juventude.

Do exposto, o conhecimento das características da população estudada, bem como dos fatores associados a SHEG entre adolescentes e adultas jovens nordestinas constitui importantes indicadores para a efetivação de políticas públicas existentes, voltadas para esse grupo de risco, tanto na assistência ao pré-natal, quanto na assistência ao parto, a fim de que, essas mulheres possam ser atendidas adequadamente, com diagnóstico e tratamento precoce, sendo transferidas, quando necessário, para os serviços de atendimento especializado, evitando a peregrinação das mesmas com o intuito de prevenir e minimizar a morbimortalidade perinatal.

REFERÊNCIAS

- ACOG Committee on Obstetric Practice. Committee opinion. Induction of labor for vaginal birth after caesarean delivery. **Obstet Gynecol.** v. 99, n.4, p. 679-680, 2002.
- AMORIM, M. M. R.; LIMA, L. A.; LOPES, C. V.; ARAÚJO, D. K. L.; SILVA, J. G. G.; CÉSAR, L. C.; et al. Fatores de risco para gravidez na adolescência em uma maternidade – escola da Paraíba: estudo caso controle. *Rev Bras Ginecol Obstet.* v. 31, n.8, p. 404-410, 2009.
- AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R. Prevenção da pré-eclâmpsia baseada em evidências. **Femina**, v.37, n.1, 2009.
- ARCEO-GOMEZ, E.O.; R.M. CAMPOS-VAZQUEZ. Teenage Pregnancy in Mexico: Evolution and Consequences. v. 51, n. 1, p. 109-146, 2014.
- AQUINO, P. T.; SOUTO, B. G. A. Problemas gestacionais de alto risco comuns na atenção primária. **Rev Med Minas Gerais**, v. 25, n. 4, p. 568-576, 2015
- AZEVEDO, W.F; DINIZ, MB; FONSECA, ESVB; AZEVEDO, LMR; EVANGELISTA, CB. Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo. v. 13, n. 4, p. 618-626, 2015.
- AZEVEDO, G. D.; FREITAS JÚNIOR, R. A. O.; FREITAS, A. K. M. S. O.; ARAÚJO, A. C. P. F.; SOARES, E. M. M.; MARANHÃO, T. M. O. Efeito da Idade Materna sobre os Resultados Perinatais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 24, n. 3, p. 181-185, 2002 .
- BANCO MUNDIAL. **Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe.** Sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos. Washington D. C.: Banco Mundial, 2012.
- BERLOFI, L. M.; ALKMIN, E. L. C.; BARBIERI, M.; GUAZZELLI, C. A. F.; ARAÚJO, F. F. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. **Acta Paul. Enferm.** v.19, n.2, p.196-200, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: reduzindo a mortalidade perinatal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Sistema de Informações sobre nascidos vivos. In: DATASUS [internet]. Brasília, DF; 2012 [citado 2014 Fev02]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher. **Gestação de Alto Risco**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e de jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré – Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos**. Brasília, DF, 2000.

CABRAL, S. A. L. C. S.; COSTA, C. F. F; CABRAL JÚNIOR, S. F. Correlação entre a idade materna, paridade, gemelaridade, síndrome hipertensiva e ruptura de membranas e a indicação de parto cesáreo. **Ver. Bras.Ginecol. Obstet**, v.25, n.10, p. 739-744, 2003.

CARNIEL, E.F.; ZANOLLI, M. L.; ALMEIDA, C. A. A.; MORCILLO, A. M. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. **Rev. Bras Saúde Matern Infant**, v.6, n.4, p.419-426, 2006.

CERQUEIRA – SANTOS, E.; PALUDO, S. S.; DEI SCHIRO, E. D. B.; KOLLER, S.H. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.15, n.1, p.73 – 85, 2010

CESAR, J.A.; MENDOZA-SASSI, R. A. M.; GONZALEZ-CHICA, D. A.; MANO, P. S.; GOULART-FILHA, S. M. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n.5, p.985-994, 2011.

CONDE - AGUDELO, A.; BELIZAN, JM.; LAMMERS, C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study. **Am J Obstet Gynecol**. v.192, n. 2, p. 342-349, 2005.

COSTA, M.C.O.; LIMA, I. C.; MARTINS, D. F.; SANTOS, C. A. S. T.; ARAÚJO, F. P.; ASSIS, D. Gravidez na adolescência e co-responsabilidade paterna: Trajetória socio-demográfica e atitudes com a gestação e a criança. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.719-727, 2005.

COSTA, M. C.O; SANTOS, C. A. T; SOBRINHO, C. L.; FREITAS, J. O.; FERREIRA, K. A. S. L., SILVA, M. A.; et al. Estudo dos partos e nascidos vivos de mães adolescentes e adultas jovens no Município de Feira de Santana, Bahia, Brasil, 1998. **Cad. Saúde Pública**. v.18, n.3, p.715-722, 2002.

COSTA, A. A. R; RIBAS, M. S. S. S, AMORIM; M. M. R; SANTOS, L.C. Mortalidade materna na cidade do Recife. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v.24, n.7, p. 455-462, 2002.

COSTA, M. C. O.; LOPES, C. P. A.; DE SOUZA, R. P.; PATEL, B. N. Sexualidade na adolescência: desenvolvimento, vivência e propostas de intervenção. **Jornal de Pediatria**, v. 77, Supl. 2, p. 217-224, 2001.

COSTA, M. C. O. Fecundidade na adolescência: perspectiva histórica e atual. **Jornal de Pediatria**. v.74, n.2, p. 87 - 89, 1998.

DALLA COSTA, L.; CURA, C. C.; PERONDI, A. R.; FRANÇA, V. F.; BORTOLOTTI, D. S. Perfil Epidemiológico de Gestantes de Alto Risco. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 21, n. 2, 2016.

DE SOUZA, F. L. P.; GOMES, G. O.; VIDAL, L. B.; BOARINI, M. R.; HORITA, R.B.; MENDONÇA, R. S.; et al. Resultados maternos e perinatais de partos normais de gestantes com Pré-eclâmpsia. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 11, n. 23, p. 24-39, 2014.

ELDOR, A. The use of low-molecular-weight heparin for the management of venous thromboembolism in pregnancy. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**. v. 104, p. 3-13, 2002.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia- FEBRASGO. **Manual de gestação de alto risco**. Rio de Janeiro, 2011.

FUCHS, S.C.; VICTORA, C.G; FACHEL, J. Modelo Hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave, **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p.168-78, 1996.

GAMA, S. G. N.; VIELLAS, E. F.; SCHILITZ, A. O. C.; FILHA, M. M.T.; CARVALHO, M. L.; GOMES, K. R. O.; et al. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, supl.1, pp. S117-S 127, 2014.

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; SABROZA, A. R.; CASTELO BRANCO, V.; LEAL, M. C. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em Maternidade do município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, supl. 1, p. 101-111, 2004.

GAMA, S.G.N; SZWARCOWALD, C.L.; LEAL, M.C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.1, p.153-161, 2002.

GODINHO, R. A. et al. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? **Rev. Latino – am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.8, n.2, p.25-32, 2000.

GOLDENBERG, P.; FIGUEIREDO, M. C. T.; SILVA, R. S. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.4, p.1077-1086, 2005.

GRAVENA, A. A. F.; DE PAULA, M. G.; MARCON, S. S.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. **Acta paul. enferm**. São Paulo, v. 26, n. 2, 2013.

GREER, I. A. Thrombosis in pregnancy: maternal and fetal issues. **Lancet**. v.353, p. 1258-1265, 1999.

HERCULANO, M. M. S.; VELOSO, L. S.; TELES, L. M. R.; ORIÁ, M. O. B.; ALMEIDA, P. C; DAMASCENO, A. K. C. **Óbitos maternos em uma maternidade pública de Fortaleza: um estudo epidemiológico**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2012, vol.46, n.2, pp. 295-301. ISSN 0080-6234.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. Bahia: IBGE, 2010.

KINGSTON, D.; HEAMAN, M.; CHALMERS, B. Comparison of adolescent, young adult, and adult women's maternity experiences and practices. **Pediatrics**, v. 129, p.1228-1237, 2012

KLIKSBERG, B. O contexto da juventude na América Latina e no Caribe: as grandes interrogações. **Rev. Adm. Pública**. v. 40, n.5, p. 909-942, 2006.

KONGNYUY, E. J.; NANA, P. N.; FOMULU, N.; WIYSONGE, S.C.; KOUAM, L.; DOH, A. S. Adverse M perinatal outcomes of adolescent pregnancies in Cameroon. **Matern Child Health J**. v.12, n.2, p.149-54; 2008.

LEAL, M. C.; DA SILVA, A. A.; DIAS, M. A; DA GAMA, S. G.; RATNER, D.; MOREIRA, M. E. et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reprod Health**. v.9, n.15, 2012.

MAGALHÃES, M. L. C.; FURTADO, F. M.; NOGUEIRA, M. B. et al. Gestação na adolescência precoce e tardia – há diferença nos riscos obstétricos? **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. v. 28, n. 8, p. 446-452, 2006.

MARTINS, M. G.; SANTOS, G. H. N.; SOUSA, M. S. et al. Associação de gravidez na Adolescência e prematuridade. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. v.33, n. 11, p. 354-360, 2011.

MEDEIROS, T. M. C.; ARAÚJO, K. R. S.; PASSOS, A. C.; RIBEIRO, J. F. Perfil Clínico das pacientes admitidas na unidade de terapia intensiva obstétrica de uma Maternidade Pública. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.6, n.2, p. 1601-1612, 2015.

MEDRONHO, R. A.; BLOCK, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. **Epidemiologia**, Rio de Janeiro: Atheneu, p.676, 2008.

MELO, W. F.; OLIVEIRA, B. A.; SALDANHA, H.G.A.C.; SOUSA, J.S.; MARACAJÁ, P.B. A hipertensão gestacional e o risco de pré-eclâmpsia: revisão bibliográfica. **Rebes**.v.5, n.3, 2015.

NASCIMENTO, T. L. C; BOCARDI, M. I. B.; SANTA ROSA; M. P. R. Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) em adolescentes: uma revisão de literatura. **Ideias & Inovação**, v.2, n.2, p.69-76, 2015.

NILI, F.; RAHMATI, M.R.; SHARIFI, S. M. Maternal and neonatal outcome in teenage pregnancy in Tehran Valiasr Hospital. **Acta Med Iran**. v.40, n.1, p. 55-59, 2002.

NORONHA NETO, C.; SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, p. 459-468, 2010.

OLIVEIRA, D. C.; MANDÚ, E. N. T. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.19, n. 1, p. 93-101, 2015.

OLIVEIRA, E. F. V.; GAMA, S. G. N.; SILVA, C. M. F. P. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 26, n.3, p. 567-578, 2010.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Physical Status: the use and interpretation of anthropometry**. Report of a WHO study group. Geneva: WHO, (Technical Report Series, 854), p.263-311, 1995.

PARAGUASSÚ, A.L.C.B.; COSTA, M. C. O.; SOBRINHO, C. L. N.; PATEL, B. N.; FREITAS, J. T. F.; ARAÚJO, F. P. O. Situação sociodemográfica e de saúde reprodutiva pré e pós-gestacional de adolescentes, Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p.373-380, 2005.

PATIAS, N. D.; GABRIEL, M. R.; WEBER, B. T.; DIAS, A. C. G Considerações sobre a gestação e a maternidade na adolescência. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v.19, n.1 / 2, p. 31-38, 2011.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc. Anna Nery**. **Rev. Enferm.** v.13, n.2, p. 297-304, 2009.

RIBEIRO, A. C. L.; UHLIG, R. F. S. A gestação na adolescência e a importância da atenção à saúde do adolescente. **Divulg. Saúde para o Debate**, v. 26, p. 30-36, 2003.

RODRIGUES, R. M. Gravidez na adolescência. **Nascer e Crescer**, v.19, n.3, p.201, 2010.

SABROZA, A.R.; LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; COSTA, J. V. Perfil socio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. **Cad. Saúde Pública**, v.20, supl.1, p.S112-S120, 2004.

SANTOS, Z. M. S. A.; OLIVEIRA, F. M. L.; SILVA, M. P.; NASCIMENTO, J.C.; FEITOZA, F. S.; NASCIMENTO, R.O. Fatores de risco para a síndrome hipertensiva específica da gravidez. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 22, n. 1, p. 48-54, 2009.

SANTOS, N. L. A. C.; COSTA, M. C. O.; AMARAL, M. T. R.; VIEIRA, G. O.; BACELAR, E. B.; ALMEIDA, A. H. V. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.3, p.719-726, 2014.

SANTOS, G. H. N; MARTINS, M. G.; SOUSA, M. S.; BATALHA, S. G. C. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v. 31, n.7, p.326-334, 2009.

SECUNDO, F. F.; MARQUES, M. M. M.; SILVA, A. R. A.; ANDRADE, J. M.; GUEDES, M. I. F. Toxemia Gravídica na Adolescência. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v.33, n.4, p.595-604, out/dez. 2009.

SILVA, K. S.; ROZENBERG, R.; BONAN, C.; CHUVA, V. C. C.; COSTA, S. F.; GOMES, M. A. S. M. Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil): uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, 2011.

SILVA, M. P.; SANTOS, Z. M. S. A.; NASCIMENTO, R. O.; FONTELES, J. L. Avaliação das condutas de prevenção da Síndrome Hipertensiva Específica da gravidez entre adolescentes. **Rev. Rene. Fortaleza**, v.11, n. 4, p. 57-65, 2010.

SOUZA, G. S.; ALMEIDA, D. M. A.; VERSIANI, C. C.; ALVES, C. R. Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG): uma revisão integrativa. **EFDeportes.com, Revista Digital**, v. 19, n. 195, 2014

SOUZA, A. S. R.; NORONHA NETO, C.; AMORIM, M. M. R.; COUTINHO, I.C. Sulfato de magnésio nas síndromes hipertensivas da gestação: Efeitos hemodinâmicos maternos e fetais. **Femina**, v.34, n.9, 2006.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; COSTA, A. A. R. Tratamento anti-hipertensivo na gravidez baseado em evidências. **Femina**, v.36, n.10, 2008.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; COSTA, A. A. R.; NORONHA NETO, C. Antihypertensive treatment in pregnancy. **Acta Médica Portuguesa**, v. 23, n. 1, p. 77-84, 2010.

SZWARCWALD, C. L.; ESCALANTE, J. J. C.; RABELO NETO, D. L.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B.; VICTORA, C. G. Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Cad. Saúde Pública**, v.30, suppl.1, p. S 71-S 83, 2014.

TOGAL, T.; YUCEL, N.; GEDIK, E; GULHAS, N.; TOPRAK, H. I.; ERSOY, M. O. Obstetric admissions to the intensive care unit in a tertiary referral hospital. **J CritCare**. v.25, n.4, p. 628-633, 2010.

TONIN, K. A.; OLIVEIRA, J. L. C.; FERNANDES, L. M.; SANCHES, M. M. Internação em unidade de terapia intensiva por causas obstétricas: estudo em hospital de ensino público. **REUFSM**, v.3, n.3, p. 518-527, Set/Dez 2013

TREVISAN, M. R; DE LORENZI, D. S.; ARAUJO, N. M.; ESBER, K. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.24, n.5, pp. 293-299, 2002.

VASCONCELLOS, M.T.L.; SILVA, P. L. N.; PEREIRA, A. P. E.; SCHILITZ, A. O. C.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B.; SZWARCOWALD, C. L. Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. **Cad. Saúde Pública**, vol.30, suppl.1, pp. S49-S58, 2014.

VERONA, A. P. A.; DIAS JÚNIOR, C. S. Religião e fecundidade entre adolescentes no Brasil. **Rev Panam Salud Pública**. v.31, n.1, p. 25-31, 2012.

VICTORA, C.H.; HUTTLY, S.R.; FUCHS, S.C; OLINTO, M.T.A. The role of conceptual frameworks in Epidemiological analysis: A Hierarchical Approach, **International Journal of Epidemiology**, v. 26, n. 1, p. 224-227,1997.

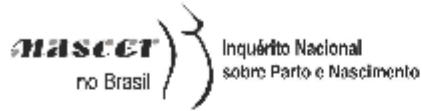
VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R.M.S.M.; DIAS, M.A.B.; GAMA, S.G.N.; THEME FILHA, M. M.; COATA, J. V.; et al. Assistência pré- natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.30, suppl.1, p. S 85-S100, 2014.

XAVIER, R. B.; BONAN, C.; MARTINS, A. C.; SILVA, K. S. Reproductive risks and comprehensive care of pregnant women with hypertensive syndromes: a transversal study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 823-33, 2013.

YAZLLE, M. E. H. D. Gravidez na adolescência. **Rev.bras.ginecol.obstet**. v.28, n.8, p. 443-445, 2006.

ANEXOS

ANEXO 1



“Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”

Questionário Hospitalar – Puérpera

2011

Estado

- 11 Rondônia
- 14 Roraima
- 16 Amapá
- 12 Acre
- 13 Amazonas
- 15 Pará
- 17 Tocantins
- 21 Maranhão
- 22 Piauí
- 23 Ceará
- 24 Rio Grande Norte
- 25 Paraíba
- 26 Pernambuco
- 27 Alagoas
- 28 Sergipe
- 29 Bahia
- 31 Minas Gerais
- 35 São Paulo
- 32 Espírito Santo
- 33 Rio de Janeiro
- 51 Mato Grosso
- 50 Mato Grosso Sul
- 62 Goiás
- 53 Distrito Federal
- 41 Paraná
- 42 Santa Catarina
- 43 Rio Grande do Sul

Cidade: _____

Nome do Hospital: _____

Nome do entrevistador : _____

Tipo de Questionário: Puérpera ProntuárioNúmero da Mãe (entrevistada)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada _____

Você está sendo convidada a participar da pesquisa "Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento", de responsabilidade de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz e de outras instituições de pesquisa.

O estudo pretende identificar os tipos de parto realizados, os motivos para realização de cada um e avaliar o atendimento à mulher durante o pré-natal e o parto e aos recém-nascidos.

A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e a criança, não havendo qualquer risco envolvido.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre você e seu bebê e de como foi sua assistência desde o pré-natal além de consultar algumas informações em seu prontuário. Esta entrevista terá uma duração em torno de 30 minutos e as respostas serão registradas em um formulário eletrônico. Daqui a 45 a 60 dias entraremos em contato com você por telefone para saber como você e seu bebê estão ou visitá-la em seu domicílio, caso necessário.

Tudo que você falar ficará em segredo e o seu nome não será divulgado. Os resultados do estudo serão apresentados de forma que não seja possível identificar as pessoas que dele participaram. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou até desistir de participar, se assim desejar, sem qualquer prejuízo na sua relação com o serviço de saúde.

Declarou ter sido informada e concordou em participar, como voluntária, desta pesquisa (passar para o Bloco I de entrevista)

Declarou ter sido informada e concordou em participar, como voluntária, desta pesquisa, sendo a participação autorizada por seu responsável (passar para o Bloco I de entrevista)

Entrevista realizada com respondente próximo

Não escolheu participar da pesquisa (solicitar autorização para preenchimento de quadro "Informações adicionais no caso de recusa de mãe em participar da pesquisa")

Coordenação geral: Dra. Maria do Carmo Leal

Para esclarecimentos, entrar em contato com Dra. Silvana Granado ou Dra. Mariza Thome.

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - sala 308 - Marquinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP: 21041-210 Tel: (21) 2598-2821.

Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - sala 314

Marquinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP: 21041-210.

Telefone: (21) 2598-2889 - e-mail: pes@ensp.fiocruz.br - <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

O horário de atendimento ao público do CEP/ENSP é de 14:00 às 17:00 horas.

Assinatura do entrevistado: _____

Nome e telefone do coordenador estadual: _____

Informações adicionais no caso de recusa de mãe em participar da pesquisa:

1. Motivo da Recusa: _____
2. Idade da entrevistada (mãe): [] [] [] anos (preencher com 00 caso não seja quatro dígitos)
2. Escolaridade da mãe: Série do Ensino
 1. Fundamental 2. Médio 3. Superior 4. Não quis dar a informação
4. Raça ou cor (apenas do entrevistado):
 1. Branca 2. Preta 3. Parda (morena/mestiça) 4. Amarela 5. Indígena
6. Tipo de parto
 1. Normal 2. Cesariana 3. Não quis dar a informação
6. O seu parto foi pago pelo:
 1. SUS 2. Plano de saúde 3. Particular
7. Nome completo da Entrevistada (mãe): _____

QUESTIONÁRIO HOSPITALAR - PUÉRPERA

QUESTIONÁRIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Para todo questionário, preencher com dígitos 0 para não se aplica e com dígitos 9 para não sabe informar.

I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

1. Horário de início da entrevista :	2. Data Entrevista / /
3. Data do parto / /	
4. Nº do prontuário da mãe	
5. Tipo de gestação 1. Única 2. Gêmeos (dois) 3. Gêmeos (três) 4. Gêmeos (quatro)	<input type="checkbox"/>
6. 1º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal 8. Não soube informar	<input type="checkbox"/>
7. Nome do 1º Recém-nascido _____	
8. 2º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal 8. Não soube informar	<input type="checkbox"/>
9. Nome do 2º Recém-nascido _____	
10. 3º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal 8. Não soube informar	<input type="checkbox"/>
11. Nome do 3º Recém-nascido _____	
12. 4º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal 8. Não soube informar	<input type="checkbox"/>
13. Nome do 4º Recém-nascido _____	

III. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

"Agora vou lhe fazer perguntas para saber se você já esteve grávida outras vezes antes da gravidez do (nome do bebê) e o que aconteceu em cada uma delas."

30. Antes da gravidez do (a) (nome do bebê), quantas vezes você ficou grávida, contando com algum aborto ou perda que você tenha tido? (Se 00 ou 99, vá para 35)	<input type="text"/>
31. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê), você teve algum aborto ou perda com menos de 5 meses de gravidez? 0. Não (Se 0 ou 9, vá para a 34) 1. Sim	<input type="text"/>
32. Quantos?	<input type="text"/>
33. E quantos desses abortos ou perdas foram espontâneos?	<input type="text"/>
34. Antes da gravidez do (a) (nome do bebê), quantos partos você já teve? (Se 00, vá para 35. Se 99, vá para 40)	<input type="text"/>
35. E quantos desses partos foram normais (incluindo partos à fórceps e vácuo)?	<input type="text"/>
36. E quantos desses partos foram cesáreos? (Se 00, vá para 40)	<input type="text"/>
37. Qual foi a data do seu último parto cesáreos, antes do nascimento do(a) (nome do bebê)?	<input type="text"/>

42. Quantos?		<input type="text"/>
43. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê), algum filho nasceu morto com 5 meses ou mais de gestação ou peso não mais de meio quilo? 0. Não (Se 0 ou 0, vá para 45) 1. Sim		<input type="text"/>
44. Quantos?		<input type="text"/>
45. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê), algum filho nasceu com peso menor que dois quilos e meio? 0. Não (Se 0 ou 0, vá para 47) 1. Sim		<input type="text"/>
46. Quantos?		<input type="text"/>
47. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê), algum filho nasceu prematuro (antes do tempo)? 0. Não (Se 0 ou 0, vá para 48) 1. Sim		<input type="text"/>
48. Quantos?		<input type="text"/>
49. Nas outras vezes em que ficou grávida você teve: (ler as opções) (preencher 0 para "não sabe se teve este problema/não soube informar")		
50. Cerclagem/coaxurru o colo do útero para segurar o bebê? 0. Não 1. Sim		<input type="text"/>
51. Eclâmpsia/convulsão? 0. Não 1. Sim		<input type="text"/>
52. Problema de pressão alta que precisou fazer o parto antes do tempo? 0. Não 1. Sim		<input type="text"/>
53. Ruptura Uterina/ Útero rompeu? 0. Não 1. Sim		<input type="text"/>
54. Diabetes/ açúcar alto no sangue? 0. Não 1. Sim		<input type="text"/>
55. Você já fez alguma cirurgia no útero (por exemplo, para retirar mioma, micro cesárea para interromper gravidez, para corrigir infertilidade, para tratar perfuração pós-aborto, ou por outra causa?) 0. Não 1. Sim		<input type="text"/>

IV. PRÉ-NATAL

"Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre a gravidez do (nome do bebê)."

56. Quando ficou grávida, você: (ler as opções) 1. Queris engravidar naquele momento 2. Queris esperar mais tempo 3. Não queria engravidar 0. Não soube informar	<input type="text"/>
---	----------------------

57. Como você se sentiu quando soube que estava grávida do (a) (nome do bebê)? (ler as opções) 1. Satisfeita 2. Mais ou menos satisfeita 3. Insatisfeita 4. Não soube informar	<input type="checkbox"/>
58. Você tentou interromper esta gravidez usando alguma medicação ou algum outro método? 0. Não (Se 0 ou 2, vá para 60) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
59. Em que mês de gestação você estava?	<input type="checkbox"/>
60. Qual a data da sua última menstruação (antes do parto)? (Se não souber informar dia, mês ou ano, preencher com 00 e passar para a questão 62).	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
61. Você tem certeza dessa data? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
62. Você fez pré-natal na gravidez do (a) (nome do bebê)? 0. Não 1. Sim (vá para 65) 3. Não soube informar (vá para 64)	<input type="checkbox"/>
63. Por que você não fez o pré-natal? (Não ler as opções)	
01. Não sabia que estava grávida	<input type="checkbox"/>
02. Não queria essa gravidez	<input type="checkbox"/>
03. Não achou importante	<input type="checkbox"/>
04. Não sabia que precisava	<input type="checkbox"/>
05. Não tinha dinheiro	<input type="checkbox"/>
06. Não tinha quem a acompanhasse	<input type="checkbox"/>
07. O local de atendimento era distante ou de difícil acesso	<input type="checkbox"/>
08. Não conseguiu consulta	<input type="checkbox"/>
09. O atendimento era demorado	<input type="checkbox"/>
10. Não podia ir nos horários de atendimento	<input type="checkbox"/>
11. O profissional era homem	<input type="checkbox"/>
12. Não gostava dos profissionais do serviço	<input type="checkbox"/>
13. Dificuldade de transporte	<input type="checkbox"/>
14. Outro motivo (responda a 64)	<input type="checkbox"/>
99. Não soube informar (Ao final dessa questão vá para a 64)	<input type="checkbox"/>
64. Que outro motivo? _____	

(vé para 64)	
85. Com quantas semanas ou meses de gravidez você começou o pré-natal? <i>(Se souber informar semanas, não registrar meses. Se início do pré-natal até 4 meses ou 16 semanas vá para 70. Se não souber informar, vá para 70).</i>	86. <input type="text"/> <input type="text"/> semanas 87. <input type="text"/> meses
88. Por que não começou o pré-natal mais cedo? (Não ler as opções)	
1. Dificuldade de acesso (tentou, mas não conseguiu consulta antes)	<input type="checkbox"/>
2. Dificuldades familiares (não tinha com quem deixar os filhos, não tinha quem a acompanhasse)	<input type="checkbox"/>
3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para o transporte)	<input type="checkbox"/>
4. Questões pessoais (não tinha certeza se queria manter esta gravidez, não acha importante iniciar o pré-natal cedo)	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldades relacionadas ao trabalho/escola (falta de tempo para ir às consultas)	<input type="checkbox"/>
6. Não sabia que estava grávida	<input type="checkbox"/>
7. Outro (responda 89)	<input type="checkbox"/>
8. Não soube informar	<input type="checkbox"/>
89. Outro? Defina o porquê: _____	
70. Quantas consultas de pré-natal com médico, enfermeira ou parteira você fez durante a gravidez do (a) (nome do bebê)? <i>(caso a gestante tenha mudado de unidade ou tenha frequentado pré-natal em mais de um serviço, considerar o total de consultas)</i>	<input type="text"/> <input type="text"/>
71. Na gravidez do (a) (nome do bebê) você recebeu um cartão de pré-natal/cartão da gestante? II. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
72. Onde foi realizada a maioria das consultas do pré-natal da gravidez do (a) (nome do bebê)? (Ler as opções. Não colocar dois serviços se o número de consultas for igual nos dois)	
1. No serviço público	<input type="checkbox"/>
2. No serviço particular ou de plano de saúde (vé para 74)	<input type="checkbox"/>
3. Nos dois	<input type="checkbox"/>
99. Não soube informar (vé para a 74)	<input type="checkbox"/>

seguintes problemas: (ler as opções)			
85. O colo do útero não segurava o bebê	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
86. Problemas no crescimento do bebê na sua barriga	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
87. Pouco líquido amniótico	0. Não	1. Sim (vá para 88)	<input type="checkbox"/>
88. Muito líquido amniótico	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
89. Problema de sangue Rh negativo	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
90. Placenta baixa/prévia	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
91. Descolamento de placenta após o 7º mês de gravidez	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
92. Perda de líquido amniótico porque bolsa rompeu antes da hora	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
93. Diabetes/açúcar alto no sangue por causa da gravidez	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
94. Pressão alta por causa da gravidez	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
95. Espasmos/Convulsões	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
96. Ameaça de parto prematuro	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
97. Sinais de sofrimento no bebê	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
98. SÍFILIS	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
99. Infecção urinária/oléite	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
100. Infecção pelo HIV/AIDS	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
101. Toxoplasmose (que precisou tratar)	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
102. Exame de cultura positivo para streptococo na vagina	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
103. Outras doenças infecciosas	0. Não (Se 0 ou 9, vá para 105)	1. Sim	<input type="checkbox"/>
104. Outras doenças infecciosas? Quais? _____ _____			
105. Outros problemas?	0. Não (Se 0 ou 9, vá para 107)	1. Sim	<input type="checkbox"/>

106. Quais? _____	
(Caso tenha respondido "não" para todas as opções acima, vá para 110)	
107. Você foi considerada gestante de risco?	0. Não (Se 0 ou 9, vá para 110) 1. Sim <input type="checkbox"/>
108. Você foi encaminhada para outro serviço por ter uma gravidez de risco?	0. Não (Se 0 ou 9, vá para 110) 1. Sim <input type="checkbox"/>
109. Você conseguiu ser atendida neste serviço? (ler as opções)	
0. Não 1. Sim, com dificuldade 2. Sim, sem dificuldade 9. Não soube informar <input type="checkbox"/>	
110. Durante a gravidez do (a) (nome do bebê) você foi internada alguma vez?	0. Não (Se 0 ou 9, vá para 113) 1. Sim <input type="checkbox"/>
111. Por qual motivo? (não ler as opções)	
01. Hipertensão/pré-eclâmpsia	<input type="checkbox"/>
02. Sangramento	<input type="checkbox"/>
03. Ameaça de parto prematuro	<input type="checkbox"/>
04. Vômitos excessivos	<input type="checkbox"/>
05. Diabetes	<input type="checkbox"/>
06. Perda de líquido	<input type="checkbox"/>
07. Infecção urinária	<input type="checkbox"/>
08. Pouco líquido/muito líquido	<input type="checkbox"/>
09. Outros (responda a 112)	<input type="checkbox"/>
99. Não soube informar	
112. Outros? Qual motivo? _____	

113. Durante a gestação do (a) (nome do bebê), você foi orientada sobre qual hospital/ maternidade/casa de parto procurar para ter o parto?	<input type="checkbox"/>
0. Não (Se 0 ou 9, vá para o Bloco V) 1. Sim	

<p>114. Você fez o parto no serviço de saúde que foi indicado?</p> <p style="text-align: center;">0. Não 1. Sim (Se 1 ou 0, vá para o Bloco V)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>115. Por que não?</p> <p>1. Não tinha vaga 2. Era longe ou de difícil acesso 3. Não gosto do serviço</p> <p>4. Outras (responda a 116)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>116. Defina o porquê _____</p> <p>_____</p>	

V - DECISÃO SOBRE O TIPO DE PARTO

<p>117. No começo da gravidez do (a) (nome do bebê), que tipo de parto você queria ter?</p> <p>1. Parto normal</p> <p>2. Parto cesárea</p> <p>3. Não tinha preferência alguma (vá para 120)</p> <p>4. Não soube informar (vá para 120)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>118. O que você acha que pôde ter influenciado a sua preferência, no começo da gravidez, em relação ao tipo de parto? (Não ler as opções)</p> <p>01. Histórias de parto de sua família e/ou de suas amigas</p> <p>02. A preferência de seu marido pelo tipo de parto</p> <p>03. O medo da dor do parto normal</p> <p>04. O medo do parto normal alterar sua vagina</p> <p>05. Queria ligar as trompas</p> <p>06. O medo da cesariana</p> <p>07. O medo da anestesia</p> <p>08. Para agendar a data do parto</p> <p>09. Ter um profissional conhecido na hora do parto</p> <p>10. Experiência anterior positiva com parto normal</p> <p>11. Experiência anterior negativa com parto normal</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

12. Experiência anterior positiva com cesariana	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Experiência anterior negativa com cesariana	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Informação na Internet	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. Informação em jornal e revista	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Informação na televisão	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. Informação em grupos de gestantes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. Parto normal é melhor que cesariana	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19. Melhor recuperação no parto normal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. Outros (responda a 119)	
21. Não soube informar	
118. Outros – Quais? _____	
120. No final da gravidez do(a) (nome do bebê), próximo da data do parto, já havia decisão sobre o tipo de parto realizado? 0. Não (Se 0 ou 1, vá para o bloco VI) 1. Sim, parto normal 2. Sim, parto cesáreo	<input type="checkbox"/>
121. De quem foi esta decisão? (ler as opções) 1. Sua 2. Do médico 3. Conjunta 4. Outra pessoa (responda a 122)	<input type="checkbox"/>
122. Outra pessoa? Quem? _____	

VI. ADMISSÃO NA MATERNIDADE

"Agora, vou lhe perguntar sobre o que aconteceu desde que chegou ao primeiro serviço que procurou até ser internada. Vamos chamar esta fase de "admissão".

123. O que fez você achar que estava na hora de procurar atendimento para o parto do(a) (nome do bebê)? (Não ler as opções) (Caso a mulher informe que foi à consulta ou telefonou para o médico e ele mandou ela vir para a maternidade, perguntar qual foi o razão e assinalar abaixo)	
01. Porque entrou em trabalho de parto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
02. A bolsa rompeu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

03. Teve o sinal/perda de tampão mucoso	<input type="checkbox"/>
04. Estava com doras/contrações	<input type="checkbox"/>
05. A data para fazer minha cesariana estava marcada	<input type="checkbox"/>
06. Foi encaminhada pelo pré-natal ou PSF	<input type="checkbox"/>
07. A indução do parto em casa não funcionou	<input type="checkbox"/>
08. Estava passando mal (pressão alta, sangramento, etc...)	<input type="checkbox"/>
09. O bebê estava passando do tempo	<input type="checkbox"/>
10. O bebê não estava mexendo	<input type="checkbox"/>
11. O bebê estava em sofrimento	<input type="checkbox"/>
12. Outra (responda a 124)	<input type="checkbox"/>
00. Não soube informar	
124. Outra? Qual? _____	
125. Antes de ser internada neste hospital/maternidade você procurou atendimento em outro hospital/maternidade? 0. Não (Se 0 ou 9, vá para 126) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
126. Se sim, quantos? _____	<input type="checkbox"/>
127. Por que não foi internada no outro hospital/maternidade? 1. Não havia vaga 2. Não estava em trabalho de parto 3. Foi referenciada para outro hospital por situação de risco 4. Hospital sem médico plantonista/hospital sem condição de atender 5. Não foi informada 6. Outro? (responda a 128) 9. Não soube informar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
128. Outro? Descreva o motivo _____ _____	
129. Como você veio para esta maternidade? (marque as opções) 1. A pé 2. Como particular 3. Ônibus/Tram/Van 4. Táxi 5. Ambulância 6. Outros (responda a 130)	<input type="checkbox"/>
130. Outros? Defina como veio _____	
131. Quanto tempo se passou desde que você saiu de casa até chegar neste	

hospita/maternidade/casa de parto onde fez o parto? (se menos de 1 hora, anotar apenas os minutos; se mais de 1 hora e não lembrar minutos, anotar apenas horas. Preencher com 00 para as que já estavam internadas)	____ horas ____ minutos
132. Depois que chegou nesse hospital/maternidade/casa de parto, quanto tempo demorou para ser atendida? (se menos de 1 hora, anotar apenas os minutos; se mais de 1 hora e não lembrar minutos, anotar apenas horas. Preencher com 00 para as que já estavam internadas)	____ horas ____ minutos
133. Fiziam exame de toque vaginal quando você foi internada? 0. Não (Se 0 ou 9, vá para 135) 1. Sim	____
134. Quantos centímetros de dilatação você tinha na hora da internação? 000. Não tinha dilatação	____ ____ ____ cm
135. Ouviram o coração do bebê na hora da admissão? 0. Não 1. Sim	____

VII. TRABALHO DE PARTO

(Lata a explicação abaixo caso a resposta da mãe na questão 136 seja diferente de NÃO)

"Agora vou lhe fazer algumas perguntas referentes ao período desde que você entrou até a hora do parto. Vamos chamar esta fase de 'trabalho de parto no hospital'."

136. Você entrou em trabalho de parto? 0. Não (vá para 151) 1. Sim (espontâneo ou induzido) 2. Não, apesar de ter sido induzido 3. Não soube informar (vá para 151)	____
137. Foram oferecidos líquidos, água, sucos e/ou sopas/alimentos durante o trabalho de parto? 0. Não 1. Sim	____
138. Você recebeu algum líquido ou alimento durante seu trabalho de parto? 0. Não (Se 0 ou 9, vá para 140) 1. Sim	____
139. Seu pedido foi atendido? 0. Não 1. Sim	____
140. Quando você estava no trabalho de parto, foi colocado soro na veia? 0. Não (Se 0 ou 9, vá para 143) 1. Sim	____

<p>141. Foi posto no eoro um medicamento para aumentar as contrações (ocitocina)?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (Se 0 ou 0, vá para 142) 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>142. Depois que colocaram a medicação no eoro as contrações (dóres) aumentaram?</p> <p>1. Não percebeu diferença 2. As dóres aumentaram um pouco</p> <p>3. As dóres aumentaram muito 0. Não soube informar</p>	<input type="checkbox"/>
<p>143. Quando você estava no trabalho de parto, foi colocado algum remédio em sua vagina para induzir/accelerar o parto?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (Se 0 ou 0, vá para 144) 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>144. Depois que colocaram o remédio, as contrações (dóres) aumentaram?</p> <p>1. Não percebeu diferença 2. As dóres aumentaram um pouco</p> <p>3. As dóres aumentaram muito 0. Não soube informar</p>	<input type="checkbox"/>
<p>145. Romperam a bolsa depois que você chegou aqui no hospital? (ler as opções)</p> <p>1. Não, rompeu antes da internação 2. Não, rompeu sozinho durante a internação</p> <p>3. Sim 0. Não soube informar</p>	<input type="checkbox"/>
<p>146. Qual era a cor do líquido?</p> <p>1. Claro 2. Escurecido/Amarronzado 3. Com sangue</p> <p>4. Amarelado/purulento 0. Não soube informar</p>	<input type="checkbox"/>
<p>147. Você pôde ficar fora da cama e andar durante o trabalho de parto? (ler as opções)</p> <p>0. Não, não era permitido 1. Não, porque não quis 2. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>148. Você utilizou alguma das seguintes medidas para aliviar a dor durante o trabalho de parto? (ler as opções)</p> <p>0. Não</p> <p>1. Banheira</p> <p>2. Chuveiro</p> <p>3. Bola</p> <p>4. Massagem</p> <p>5. Banquinho para posição de cócoras</p> <p>6. Cavallinho</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

186. Qual foi a razão da cesariana? (não ler as opções)	
01. Quería fazer cesárea	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
02. Quería ligar as trompas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
03. O bebé tinha circulo de cordão (enroscado no cordão)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
04. Já tinha <u>uma</u> cesárea anterior	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
05. Você já tinha <u>duas ou mais</u> cesáreas anteriores	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
06. O bebé estava entado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
07. O bebé estava atravessado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
08. O bebé era grande/ não tinha passagem/não teve dilatação/bebé não desceu/não encolheu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
09. Havia pouco líquido amniótico/ placenta velha	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Você não queria sentir a dor do parto normal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. O bebé estava crescendo pouco ou parou de crescer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. O bebé entrou em sofrimento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Passou da hora/do tempo (pós-maturidade)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. A bolsa rompeu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. Grávida de gémeos (dois ou mais)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Pressão alta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. Hemorragia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19. Medo de falta de vaga para internação	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. Medo da violência na cidade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. Morte fetal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22. Cirurgia ginecológica anterior (plástica perineal, miomectomia, microcesárea)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23. Placenta baixa (prévia)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24. Falha de indução/a indução não funcionou	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
25. Outra razão não citada (responda à 187)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
99. Não soube informar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
187. Que razão? _____	

IX. INFORMAÇÕES DO BEBÊ – Atenção! Não aplicar para nascimentos

(EM CASO DE GÊMELOS, OS BLOCOS "INFORMAÇÕES DO BEBÊ" E "ALEITAMENTO MATERNO" DEVERÃO SER REPETIDOS)

Agora vou fazer perguntas sobre a forma do bebê.

188. O bebê eliminou cocô (mecônio) quando ainda estava na sua barriga? 0. Não 1. Sim 2. Não soube informar		<input type="checkbox"/>
189. Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes das primeiras cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outros), você: (ler as opções) 1. Colocou para mamar 2. Ficou com o bebê no colo 3. Apenas viu o bebê 4. Não teve contato com o bebê 5. Não soube informar		<input type="checkbox"/>
190. O bebê veio para o quarto junto com você? 0. Não 1. Sim (Se 1 ou 2, vá para 197)		<input type="checkbox"/>
191. Por quê? 1. Foi para o berçário/incubadora/berço aquecido 2. Foi para a UULTI/berçário patológico 3. Outro motivo (responda a 192) 5. Não soube informar		<input type="checkbox"/>
192. Outro motivo? Qual? _____		
193. Quanto tempo depois do parto seu bebê pôde ficar com você no seu quarto? (Preencher com 77 nos casos em que o bebê ainda está na UULTI)	194. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dias	
	195. <input type="text"/> <input type="text"/> horas	
	196. <input type="text"/> <input type="text"/> minutos	
197. O seu bebê teve algum destes problemas ou necessidades? (ler as opções) (preencher 3 para "não sabe se teve este problema/não soube informar")		
198. Hipoglicemia – baixa de açúcar no sangue	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
199. Malformação congênita (incluindo defeito cardíaco).	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
200. Preciou de oxigênio após o nascimento	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
201. O bebê ficou amarelo (icterícia)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
202. Tomou banho de luz	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
203. Foi transferido para outro hospital	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

204. Teve infecção	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
205. Outros	0. Não (vá para 207)	1. Sim	<input type="checkbox"/>
206. Outros? Quais? _____			

X – ALIMENTAÇÃO MATERNO (ATENÇÃO! EM CASO DE ÓBITO, NÃO APLICAR ESTE BLOCO E PREENCHER AS QUESTÕES COM "0". VÁ PARA O BLOCO XI SE GRAVIDEZ GEMELAR E NO CASO DE GRAVIDEZ ÚNICA, VÁ PARA O BLOCO XVII)

Atenção entrevistador: NÃO fazer as perguntas deste bloco para mulheres que perderam seu bebê.

"Agora vou fazer perguntas sobre a alimentação do (nome do bebê)."

207. Você já ofereceu o peito para o seu bebê?	<input type="checkbox"/>
0. Não (vá para 213) 1. Sim 2. Não se aplica 3. Não soube informar (Se 0 ou 3, vá para 215)	
208. Depois do nascimento, você deu o peito na sala de parto? 0. Não 1. Sim (vá para 215)	<input type="checkbox"/>
209. Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (mais ou menos) (Ao final desta questão, vá para 215)	210. <input type="text"/> dias 211. <input type="text"/> horas 212. <input type="text"/> minutos
213. Por que ainda não deu o peito ao seu bebê?	<input type="checkbox"/>
1. Mãe HIV+ (se gemelar, vá para o bloco XI, se única, vá para o bloco XVII)	
2. Mãe HTLV+ (se gemelar, vá para o bloco XI, se única, vá para o bloco XVII)	<input type="checkbox"/>
3. Bebê prematuro	<input type="checkbox"/>
4. Bebê doente e não pode mamar	<input type="checkbox"/>
5. Leite não desceu/ pouco leite	<input type="checkbox"/>
6. Estou com soro na veia e não tenho posição para amamentar	<input type="checkbox"/>
7. Outros (responda a 214)	
214. Outros? Quais? _____	
215. (Aqui) no hospital, o/a (nome do bebê) recebeu outro leite ou líquido que não o do seu peito?	
	<input type="checkbox"/>

<p>0. Não (se gemelar, vá para o bloco XI, se única, vá para o bloco XVII)</p> <p>1. Sim</p> <p>8. Não se aplica (se gemelar, vá para o bloco XI, se única, vá para o bloco XVI)</p> <p>9. Não soube informar (se gemelar, vá para o bloco XI, se única, vá para o bloco XVII)</p>	
<p>216. Por quê recebeu outro leite ou líquido? (Não ler opções)</p> <p>1. Bebê prematuro</p> <p>2. Bebê doente</p> <p>3. Leite não havia deslido/estava com pouco leite</p> <p>4. Rotina hospitalar</p> <p>5. Eu estava com sono na sala e não tinha posição para amamentar</p> <p>6. Foi prescrito pelo pediatra</p> <p>7. Outros (responda a 217)</p> <p>8. Não soube informar</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>217. Outras: _____</p> <p>_____</p>	
<p>218. Como o leite/líquido foi dado ao seu bebê?</p> <p>1. Na mamadeira/chuquinha 2. No copinho</p> <p>3. Na sonda/gorragem/seringa 4. Outros (responda a 217) 5. Não soube informar</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>219. Outras? Quais? _____</p>	

XI. INFORMAÇÕES DO BEBÊ – SEGUNDO GEMELAR (Atenção! Não aplicar para nascimentos)

"Agora vou fazer perguntas sobre o (nome do bebê)."

<p>220. O bebê eliminou cocô (meônio) quando ainda estava na sua barriga?</p> <p>0. Não 1. Sim 8. Não soube informar</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>221. Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outras), você: (ler opções)</p>	

1. Colocou para mamar 2. Ficou com o bebê no colo 3. Apenas viu o bebê 4. Não teve contato com o bebê 5. Não soube informar	<input type="checkbox"/>
222. O bebê veio para a quarto/enfermaria junto com você? 0. Não 1. Sim (Se 1 ou 0, vá para 229)	<input type="checkbox"/>
223. Por quê? 1. Foi para o berçário/incubadora/berço aquecido 2. Foi para a U/UTI/berçário patológico 3. Outro motivo (responda a 224) 4. Não soube informar	<input type="checkbox"/>
224. Outro motivo? Qual? _____	
225. Quanto tempo depois do parto seu bebê pôde ficar com você no seu quarto? (Preencher com 77 nos casos em que o bebê ainda está na U/UTI)	226. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dias 227. <input type="text"/> <input type="text"/> horas 228. <input type="text"/> <input type="text"/> minutos
229. O seu bebê teve algum destes problemas ou necessidades? (for as opções) (preencher 0 para "não sabe se teve este problema/não soube informar")	
230. Hipoglicemia – baixa de açúcar no sangue	0. Não 1.Sim <input type="checkbox"/>
231. Malformação congênita (incluindo defeito cardíaco).	0. Não 1.Sim <input type="checkbox"/>
232. Usou oxigênio após o nascimento	0. Não 1.Sim <input type="checkbox"/>
233. O bebê ficou amarelo (icterícia)	0. Não 1.Sim <input type="checkbox"/>
234. Tomou banho de luz	0. Não 1.Sim <input type="checkbox"/>
235. Foi transferido para outro hospital	0. Não 1.Sim <input type="checkbox"/>
236. Teve infecção	0. Não 1.Sim <input type="checkbox"/>
237. Outros	0. Não (vá para 236) 1.Sim <input type="checkbox"/>
238. Outros? Quais? _____	

XII – ALEITAMENTO MATERNO – SEGUNDO GEMELAR

(ATENÇÃO! EM CASO DE ÓBITO, NÃO APLICAR ESTE BLOCO E PREENCHER AS QUESTÕES COM "0". VÁ PARA O BLOCO XIII SE GRAVIDEZ DE MAIS DE 2 E NO CASO DE GRAVIDEZ DE 2 BEBÊS, VÁ PARA O BLOCO XVII)

Atenção entrevistador: NÃO fazer as perguntas deste bloco para mulheres que perderam seu bebê.

"Agora vou fazer perguntas sobre a alimentação do (nome do bebê)."

<p>239. Você já ofereceu o peito para o seu bebê?</p> <p>0. Não (vá para 245) 1. Sim 8. Não se aplica 9. Não soube informar (se 8 ou 9, vá para 247)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>240. Depois do nascimento, você deu o peito na sala de parto? 0. Não 1. Sim (vá para 247)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>241. Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (mais ou menos) <i>(Ao final desta questão, vá para 247)</i></p>	<p>242. <input type="text"/> <input type="text"/> dias</p> <p>243. <input type="text"/> <input type="text"/> horas</p> <p>244. <input type="text"/> <input type="text"/> minutos</p>
<p>245. Por que ainda não deu o peito ao seu bebê?</p> <p>1. Mãe HIV+ (caso gravidez de 3 gemelares ou mais, vá para o bloco XIII, caso seja gravidez de 2 gemelares, vá para o bloco XVII)</p> <p>2. Mãe HTLV+ (caso gravidez de 3 gemelares ou mais, vá para o bloco XIII, caso seja gravidez de 2 gemelares, vá para o bloco XVII)</p> <p>3. Bebê prematuro</p> <p>4. Bebê doente e não pode mamar</p> <p>5. Leite não desceu/ pouca leite</p> <p>6. Estou com soro na veia e não tenho posição para amamentar</p> <p>7. Outros (responda a 246)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>246. Outros? Quais? _____</p> <p>_____</p>	
<p>247. (Aqui) no hospital, o/a (nome do bebê) recebeu outro leite ou líquida que não o do seu peito?</p> <p>0. Não (caso gravidez de 3 gemelares ou mais, vá para o bloco XIII, caso seja gravidez de 2 gemelares, vá para o bloco XVII)</p>	<input type="checkbox"/>

<p>1. Sim</p> <p>8. Não se aplica (caso gravidez de 3 gemelares ou mais, vá para o bloco XIII, caso seja gravidez de 2 gemelares, vá para o bloco XVII)</p> <p>9. Não soube informar (caso gravidez de 3 gemelares ou mais, vá para o bloco XIII, caso seja gravidez de 2 gemelares, vá para o bloco XVII)</p>	
<p>248. Por quê recebeu outro leite ou líquido? (Não ler opções)</p> <p>1. Bebê prematuro</p> <p>2. Bebê doente</p> <p>3. Leite não havia descido/estava com pouco leite</p> <p>4. Rotina hospitalar</p> <p>5. Eu estava com sono na vela e não tinha posição para amamentar</p> <p>6. Foi prescrito pelo pediatra</p> <p>7. Outros (responda 248)</p> <p>8. Não soube informar</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>249. Outros: _____</p> <p>_____</p>	
<p>250. Como o leite/líquido foi dado ao seu bebê?</p> <p>1. Na mamadeira/chuquinha 2. No copinho</p> <p>3. Na sonda/gorragem/seringa 4. Outros (responda a 251) 5. Não soube informar</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>251. Outros? Quais? _____</p>	

XII. INFORMAÇÕES DO BEBÊ – TERCEIRO GEMELAR (Atenção! Não aplicar para natimortos)

"Agora vou fazer perguntas sobre o (nome do bebê)."

<p>252. O bebê eliminou cocô (meônio) quando ainda estava na sua barriga?</p> <p>0. Não 1. Sim 8. Não soube informar</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>253. Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, passar, medir, outros), você: (ler opções)</p>	

1. Colocou para mamar 2. Ficou com o bebê no colo	<input type="checkbox"/>
3. Apenas viu o bebê 4. Não teve contato com o bebê 5. Não soube informar	
254. O bebê veio para a quarto/enfermaria junto com você?	<input type="checkbox"/>
0. Não 1. Sim (Se 1 ou 0, vá para 261)	
255. Por quê?	<input type="checkbox"/>
1. Foi para o berçário/incubadora/berço aquecido	
2. Foi para a U/UTI/berçário patológico	
3. Outro motivo (responda a 268) 5. Não soube informar	
256. Outro motivo? Qual? _____	
257. Quanto tempo depois do parto seu bebê pôde ficar com você no seu quarto? (Preencher com 77 nos casos em que o bebê ainda está na U/UTI)	258. <input type="text"/> <input type="text"/> dias 259. <input type="text"/> <input type="text"/> horas 260. <input type="text"/> <input type="text"/> minutos
261. O seu bebê teve algum destes problemas ou necessidades? (for as opções) (preencher 0 para "não sabe se teve este problema/não soube informar")	
262. Hipoglicemia – baixa de açúcar no sangue 0. Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
263. Malformação congênita (incluindo defeito cardíaco). 0. Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
264. Usou oxigênio após o nascimento 0. Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
265. O bebê ficou amarelo (icterícia) 0. Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
266. Tomou banho de luz 0. Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
267. Foi transferido para outro hospital 0. Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
268. Teve infecção 0. Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
269. Outros 0. Não (vá para 271) 1.Sim	<input type="checkbox"/>
270. Outros? Quais? _____	

XIV – ALEITAMENTO MATERNO – TERCEIRO GEMELAR

(ATENÇÃO! EM CASO DE ÓBITO, NÃO APLICAR ESTE BLOCO E PREENCHER AS QUESTÕES COM "S". VÁ PARA O BLOCO XV SE GRAVIDEZ DE MAIS DE 3 E NO CASO DE GRAVIDEZ DE 3 BEBÊS, VÁ PARA O BLOCO XVII)

Atenção entrevistador: NÃO fazer as perguntas deste bloco para mulheres que perderam seu bebê.

"Agora vou fazer perguntas sobre a alimentação do (nomes do bebê)."

271. Você já ofereceu o peito para o seu bebê?		<input type="checkbox"/>
0. Não (vá para 277) 1. Sim 2. Não se aplica 3. Não soube responder (Se 2 ou 3, vá para 278)		
272. Depois do nascimento, você deu o peito na sala de parto? 0. Não 1. Sim (vá para 273)		<input type="checkbox"/>
273. Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (male ou mares) (Ao final desta questão, vá para 278)	274. <input type="text"/> dias	
	275. <input type="text"/> horas	
	276. <input type="text"/> minutos	
277. Por que ainda não deu o peito ao seu bebê?		
1. Mãe HIV+ (caso gravidez de 4 gemelares, vá para o bloco XV, caso seja gravidez de 3 gemelares, vá para o bloco XVII)		<input type="checkbox"/>
2. Mãe HTLV+ (caso gravidez de 4 gemelares, vá para o bloco XV, caso seja gravidez de 3 gemelares, vá para o bloco XVII)		<input type="checkbox"/>
3. Bebê prematuro		<input type="checkbox"/>
4. Bebê doente e não pode mamar		<input type="checkbox"/>
5. Leite não desceu/ pouco leite		<input type="checkbox"/>
6. Estou com soro na veia e não tenho posição para amamentar		<input type="checkbox"/>
7. Outros (responda a 278) 8. Não soube informar		
278. Outros? Quais? _____		

278. (Aqui) no hospital, o/a (nome do bebê) recebeu outro leite ou líquido que não o do seu peito?		<input type="checkbox"/>
0. Não (caso gravidez de 4 gemelares, vá para o bloco XV, caso seja gravidez de		

3 gemelares, vá para o bloco XVII)		
1. Sim		
8. Não se aplica (caso gravidez de 4 gemelares, vá para o bloco XV, caso seja gravidez de 3 gemelares, vá para o bloco XVII)		
9. Não soube informar (caso gravidez de 4 gemelares, vá para o bloco XV, caso seja gravidez de 3 gemelares, vá para o bloco XVII)		
280. Por quê recebeu outro leite ou líquido? (Não ler opções)		
1. Bebê prematuro		
2. Bebê doente		<input type="checkbox"/>
3. Leite não havia descido/estava com pouco leite		<input type="checkbox"/>
4. Rotina hospitalar		<input type="checkbox"/>
5. Eu estava com sono na sala e não tinha posição para amamentar		<input type="checkbox"/>
6. Foi prescrito pelo pediatra		
7. Outros (responda 281)		
8. Não soube informar		
281. Outros _____		
282. Como o leite/líquido foi dado ao seu bebê?		
1. Na mama/dorna/chuquinha	2. No copinho	<input type="checkbox"/>
3. Na sonda/gavagem/seringa	4. Outros (responda a 283)	<input type="checkbox"/>
5. Não soube informar		<input type="checkbox"/>
283. Outros? Qual? _____		

XV. INFORMAÇÕES DO BEBÊ – QUARTO GEMELAR (Atenção! Não aplicar para netimortos)

"Agora vou fazer perguntas sobre o (nome do bebê)."

284. O bebê eliminou cocô (mecônio) quando ainda estava na sua barriga?	
0. Não 1. Sim 8. Não soube informar	<input type="checkbox"/>
285. Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o	

bebê (colocar no berço aquecido, passar, medir, ouvir), vocal: (ler opções)		
1. Colocou para mamar 2. Ficou com o bebê no colo 3. Apenas viu o bebê 4. Não teve contato com o bebê 5. Não soube informar		<input type="checkbox"/>
288. O bebê veio para a quarto/enfermaria junto com você? 0. Não 1. Sim (Se 1 ou 0, vá para 293)		<input type="checkbox"/>
287. Por quê? 1. Foi para o berçário/incubadora/berço aquecido 2. Foi para a U/UTI/berçário patológico 3. Outro motivo (responda a 288) 0. Não soube informar		<input type="checkbox"/>
288. Outro motivo? Qual? _____		
288. Quanto tempo depois do parto seu bebê pôde ficar com você no seu quarto? (Preencher com 77 nos casos em que o bebê ainda está na U/UTI)	290. _____ dias 291. _____ horas 292. _____ minutos	
293. O seu bebê teve algum destes problemas ou necessidades? (ler as opções) (preencher 0 para "não sabe se teve este problema/não soube informar")		
294. Hipoglicemia – baba de açúcar no sangue	0. Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
295. Malformação congênita (incluindo defeito cardíaco).	0. Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
296. Usou oxigênio após o nascimento	0. Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
297. O bebê ficou amarelo (icterícia)	0. Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
298. Tomou banho de luz	0. Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
299. Foi transferido para outro hospital	0. Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
300. Teve infecção	0. Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
301. Outros	0. Não (vá para 302) 1.Sim	<input type="checkbox"/>
302. Outros? Quais? _____		

XVI – ALEITAMENTO MATERNO – QUARTO GEMELAR

(ATENÇÃO! EM CASO DE ÓBITO, NÃO APLICAR ESTE BLOCO. PREENCHER AS QUESTÕES COM "0" E PASSAR PARA O PRÓXIMO BLOCO.)

Atenção entrevistador: NÃO fazer as perguntas deste bloco para mulheres que perderam seu bebê.

"Agora vou fazer perguntas sobre a alimentação do (nome do bebê)."

<p>303. Você já ofereceu o peito para o seu bebê?</p> <p>0. Não (vá para 308) 1. Sim 2. Não se aplica 3. Não soube informar (Se 2 ou 3, vá para 311)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>304. Depois do nascimento, você deu o peito na sala de parto? 0. Não 1. Sim (vá para 311)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>305. Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (mais ou menos) (Ao final desta questão, vá para 311)</p>	<p>306. <input type="text"/> dias</p> <p>307. <input type="text"/> horas</p> <p>308. <input type="text"/> minutos</p>
<p>309. Por que ainda não deu o peito ao seu bebê?</p> <p>1. Mãe HIV+ (vá para o bloco XVII)</p> <p>2. Mãe HTLV+ (vá para o bloco XVII)</p> <p>3. Bebê prematuro</p> <p>4. Bebê doente e não pode mamar</p> <p>5. Leite não desceu/ pouco leite</p> <p>6. Estou com soro na veia e não tenho posição para amamentar</p> <p>7. Outras (responda a 310)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>310. Outras? Quais? _____</p> <p>_____</p>	
<p>311. (Aqui) no hospital, o/a (nome do bebê) recebeu outro leite ou líquida que não o do seu peito?</p> <p>0. Não (vá para o bloco XVII)</p> <p>1. Sim</p> <p>2. Não se aplica (vá para o bloco XVII)</p> <p>3. Não soube informar (vá para o bloco XVII)</p>	<input type="checkbox"/>

312. Por quê recebeu outro leite ou líquido? (Não ler opções)		
1. Bebê prematuro		<input type="checkbox"/>
2. Bebê doente		<input type="checkbox"/>
3. Leite não havia descido/estava com pouco leite		<input type="checkbox"/>
4. Rotina hospitalar		<input type="checkbox"/>
5. Eu estava com soro na veia e não tinha posição para amamentar		<input type="checkbox"/>
6. Foi prescrito pelo pediatra		
7. Outros (responda a 313)		
8. Não soube informar		
313. Outros: _____		

314. Como o leite/líquido foi dado ao seu bebê?		
1. Na mamadeira/chuquinha	2. No copinho	<input type="checkbox"/>
3. Na sonda/gavagem/siringa	4. Outros (responda a 315)	5. Não soube informar
		<input type="checkbox"/>
315. Outros? Qual? _____		

XVII. DADOS FAMILIARES

"You fazer algumas perguntas sobre o seu nível educacional e sua família."

316. Você sabe ler e escrever?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
317. Qual o último grau que você cursou?	0. Nenhum (vá para 319) 1. Ensino Fundamental (1º grau) 2. Ensino Médio (2º grau) 3. Ensino Superior (3º grau) 8. Não sabe informar (vá para 319)	<input type="checkbox"/>
318. Última série/ano que você concluiu com aprovação na escola?		<input type="checkbox"/>
318. Qual é o seu estado civil? (ler as opções)	1. Solteira 2. Casada no papel 3. União estável/vive com companheiro 4. Separada 5. Viúva 9. Não sabe informar	<input type="checkbox"/>
320. Você tem algum trabalho que ganhe dinheiro? 0. Não (Se 0 ou 9, vá para 323) 1. Sim		<input type="checkbox"/>
321. Em relação a sua situação de trabalho, você: (ler as opções)	01. Trabalha com carteira assinada 02. Trabalha sem carteira assinada 03. Servidora pública (municipal, estadual, federal ou militar) 04. Empregadora 05. Autônoma 06. Cooperativada 07. Outro (responda a 322) 9. Não sabe informar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
322. Outro? Qual? _____		

337. Na sua casa tem freezer (aparelho independente ou parte de geladeira duplex)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
338. Na sua casa tem DVD ou vídeo cassete?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
339. Na sua casa tem máquina de lavar roupa? (não incluir tanquinho)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
340. Na sua casa tem televisão em cores?	0. Não (vá para 342) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
341. Quantos? 1. Um 2. Dois 3. Três 4. Mais de Três 9. Não soube informar		<input type="checkbox"/>
342. Na sua casa tem moto?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
343. Na sua casa tem carro particular?	0. Não (vá para 345) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
344. Quantos? 1. Um 2. Dois 3. Três 4. Mais de Três 9. Não soube informar		<input type="checkbox"/>
345. Na sua casa tem empregada mensalista? (5 dias ou mais por semana)	0. Não (vá para 347) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
348. Quantas? 1. Uma 2. Mais de uma 9. Não soube informar		<input type="checkbox"/>

XIX. HÁBITOS MATERNO

"Agora vou perguntar um pouco sobre alguns hábitos e coisas que você costuma fazer no seu dia-a-dia."

347. Você fumava antes da gravidez do (nome do bebê)?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
348. Você fumou nos primeiros cinco meses da gravidez do (nome do bebê)?	0. Não (Se 0 ou 9, vá para 351) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
349. Você fumava todo dia?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
350. Quantos cigarros você fumava por dia? (um maço contém aproximadamente 20 cigarros)		<input type="text"/>
351. Você fumou após o quinto mês da gravidez do (nome do bebê)?	0. Não (Se 0 ou 9, vá para 354) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
352. Você fumava todo dia?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
353. Quantos cigarros você fumava por dia? (um maço contém aproximadamente 20 cigarros)		<input type="text"/>

<p>354. Durante a gravidez, você bebeu chopp, cerveja ou alguma outra bebida alcoólica?</p> <p>0. Não (conferir: "nem de vez em quando?")</p> <p>1. Sim 2. Não soube informar</p> <p><i>Se entrevistada for constantemente abstêmia ou responder não saber informar, pular para o bloco XIX</i></p>	<input type="checkbox"/>
<p>355. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>356. Seu (seu) companheiro ou seus pais se preocupam ou reclamam quando você bebe?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>357. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>358. Alguma vez você acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido na noite passada?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>359. Quantas doses você precisa beber para se sentir "alta", ou seja, quantas doses são necessárias para que você comece a se sentir diferente do seu jeito "normal"?</p> <p><i>(Uma dose de bebida alcoólica corresponde, por exemplo, a uma lata ou mais garrafa de cerveja, a 1 chopp, a 2 copos de cerveja, a 1 copo de vinho, a uma dose de uísque, cachaca ou outros destilados ou a 1 copo de caipirinha.</i></p> <p><i>Preencher com "99" APENAS quando a entrevistada não for a própria puérpera, ou seja, quando for um respondente)</i></p>	<input type="text"/>

XIX. ANTECEDENTES PESSOAIS

"Agora vou lhe fazer perguntas sobre alguns problemas de saúde."

<p>360. Você apresentou alguma dessas doenças antes da gravidez que tenha sido confirmada por médico? (ver as opções)</p>	
<p>361. Doença do coração</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>362. Pressão alta fora da gestação, tendo sido prescrito remédio para uso continuado</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>

363. Anemia grave, <u>fora da gestação</u> , ou outra doença no sangue	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
364. Asma/bronquite	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
365. Lupus ou esclerodermia	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
366. Hipertireoidismo	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
367. Diabetes/glicose alta no sangue, fora da gestação, confirmado por médico especialista	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
368. Doença renal/nos rins confirmada por médico especialista que precisa de tratamento	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
369. Epilepsia/convulsão, antes da gestação	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
370. AVC/derrame	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
371. Doença do fígado confirmada por médico especialista que precisa de tratamento	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
372. Doença mental, que necessita de acompanhamento com especialista	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
373. Outros	0. Não (vá para 376)	1. Sim	<input type="checkbox"/>
374. Outros? Quais? _____			

XXI – PLANO DE SAÚDE

“Agora vou fazer algumas perguntas sobre plano de saúde”

375. Você tem direito a algum plano de saúde, particular, de empresa ou órgão público? (ver as opções)	<input type="checkbox"/>
0. Não (Se 0 ou 1, vá para o bloco XXI)	
1. Sim, apenas um	
2. Sim, mais de um	
376. Há quanto tempo, sem interrupção, tem direito a este plano de saúde?	<input type="checkbox"/>
1. Até 6 meses	
2. Mais de 6 meses até 1 ano	
3. Mais de 1 ano até 2 anos	
4. Mais de 2 anos	
5. Não soube informar	

377. Esse plano é Individual ou familiar? 1. Individual (Se 1 ou 2, vá para 379) 2. Familiar	<input type="checkbox"/>
378. Se familiar, quantas pessoas tem direito a esse plano?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
379. Quem paga a mensalidade deste plano? (ler as opções) 1. Somente a empresa/empregador (vá para 381) 2. O titular através do trabalho 3. O titular diretamente ao plano 4. Não soube informar (vá para 381)	<input type="checkbox"/>
380. Qual o valor da mensalidade do seu plano de saúde? (considerar o plano principal caso gestante tenha mais de um) 01. Até 30 reais 02. Mais de 30 reais até 50 reais 03. Mais de 50 reais até 100 reais 04. Mais de 100 reais até 200 reais 05. Mais de 200 reais até 300 reais 06. Mais de 300 reais até 500 reais 07. Mais de 500 reais 08. Não soube informar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
381. Além da mensalidade, este plano de saúde cobra algum valor pelos atendimentos a que tem direito? 0. Não 1. Sim 2. Não soube informar	<input type="checkbox"/>
382. Este plano de saúde dá direito à consulta médica? 0. Não 1. Sim 2. Não soube informar	<input type="checkbox"/>
383. Este plano de saúde dá direito a internações hospitalares? 0. Não 1. Sim 2. Não soube informar	<input type="checkbox"/>
384. Este plano de saúde dá direito a assistência ao parto? 0. Não 1. Sim 2. Não soube informar	<input type="checkbox"/>
385. Este plano de saúde dá direito a exames complementares? 0. Não 1. Sim 2. Não soube informar	<input type="checkbox"/>

<p>386. A assistência à sua atual gravidez/parto foi coberta pelo plano de saúde? (ver as opções)</p> <p>1. Sim totalmente</p> <p>2. Sim, para as consultas de pré-natal</p> <p>3. Sim, para o parto</p> <p>4. Sim, para os exames</p> <p>5. Não (responda a 387)</p> <p>6. Não soube informar</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>387. Por quê? _____</p>	

XIII. INFORMAÇÕES BIOMÉTRICAS

"Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu peso e altura"

388. Qual era o seu peso antes de ficar grávida? (anotar em Kg)	_ _ _ _ _ Kg
389. Qual foi seu peso na última consulta de pré-natal? (anotar em Kg. Se não fez pré-natal, colocar 000,0)	_ _ _ _ _ Kg
390. Em que data foi pesada pela última vez no pré-natal? (Se não fez pré-natal, colocar 00/00/00)	_ _ / _ _ / _ _
391. Qual é a sua altura? (anotar em cm. Se não souber informar, colocar 000)	_ _ _ _ cm

XXIII CONSIDERAÇÕES FINAIS

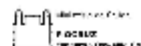
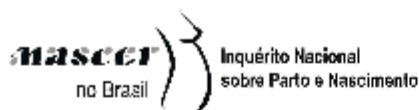
392. Você gostaria de dizer mais alguma coisa?	0. Não (vá para 394)	1. Sim	<input type="checkbox"/>
393. O que deseja dizer?			
394. Horário do término: <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/>			
395. Fotografou o cartão da gestante?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>

Agradeça a participação na entrevista e lembre que entramos em contato por telefone para fazer perguntas sobre ele e seu bebê.

396. Observações do entrevistador:

397. Houve recusa, por parte da puérpera, em relação a receber ligação que será feita após 42 dias do parto	<input type="checkbox"/>
0. Sem manifestações	
1. A puérpera deixou claro que Não quer ser contatada após sua alta	

ANEXO 2

**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DO FRONTUÁRIO**

1. Dados Gerais da coleta de dados	
1. Data da coleta de dados <input type="text"/>	2. Horário de início da coleta de dados <input type="text"/>
3. Nome da mãe: _____	
4. N° do prontuário da mãe: <input type="text"/>	
5. Tipo de gestação: 1. Única 2. Gemelar (dois) 3. Gemelar (três) 4. Gemelar (quatro)	<input type="text"/>
6. 1º Recém-nascido	1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal <input type="text"/>
7. 2º Recém-nascido	1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal <input type="text"/>
8. 3º Recém-nascido	1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal <input type="text"/>
9. 4º Recém-nascido	1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal <input type="text"/>
2. Dados da Internação	
10. Data da internação:	<input type="text"/>
11. Hora da internação:	<input type="text"/> h <input type="text"/> min
12. Setor para onde foi encaminhada no momento da admissão/internação: 1. Enfermaria/quarto 2. Pré-parto 3. PPP 4. Sala de parto 5. Centro cirúrgico obstétrico 6. UTI 9. Sem informação	<input type="text"/>
13. Tipo de saída do hospital onde foi realizado o parto: 1. Alta 2. Transferida no pós-parto (vé para questão 15) 3. Saída à reavaliação 4. Óbito 5. Permanece internada após 42 dias da data do parto (vé para 17)	<input type="text"/>
14. Data da saída do hospital onde foi realizado o parto: (Se alta ou saída à reavaliação, vé para a questão 17 e ao óbito, vé para a 16)	<input type="text"/>

32. Doença hepática crônica	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
33. Doença pulmonar	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
34. Outros	0. Não (ver item 36) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
35. Quais?		
36. Intervenções clínicas ou obstétricas na gestação atual (ver item 34):		
37. Incompetência lútero-cervical (IRC)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
38. Crescimento Intra Uterino Restrito (CIUR)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
39. Oligodramnia	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
40. Polidramnia	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
41. Imunização RH	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
42. Placenta prévia	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
43. Descolamento prematuro de placenta (DPP)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
44. Amniocentese prematura	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
45. Diabetes gestacional	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
46. Síndrome hipertensiva (HA crônica, pré-eclâmpsia, síndrome HELLP)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
47. Eclâmpsia/Convulsões	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
48. Ameaça de parto prematuro	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
49. Sofrimento fetal	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
50. Stillb	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
51. Infecção urinária	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

52. Infecção pelo HIV	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
53. Tonoplaxose (que precisa tratar)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
54. Exame de cultura para streptococo na vagina s/ou ínus positivo	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
55. Malformação congênita	0. Não (vá para 57) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
56. Qual? _____		
57. Outros problemas	0. Não (vá para 59) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
58. Qual? _____		
59. Cirurgia uterina anterior (miomectomia, microsseres, outras cirurgias do corpo uterino)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
4. Dados da Interação		
60. Data da última menstruação (DUM):		<input type="text" value="____"/>
61. Idade gestacional na admissão calculada pela DUM:		<input type="text" value="____"/> semanas
62. Idade gestacional na admissão calculada por USG:		<input type="text" value="____"/> semanas
63. Idade gestacional na admissão sem referência ao método de cálculo:		<input type="text" value="____"/> semanas
64. Apresentação do bebê:		
65. Primeiro bebê 1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Cômica/transversa) 9. Sem informação		<input type="checkbox"/>
66. Segundo bebê 1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Cômica/transversa) 9. Sem informação		<input type="checkbox"/>
67. Terceiro bebê 1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Cômica/transversa) 9. Sem informação		<input type="checkbox"/>
68. Quarto bebê 1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Cômica/transversa) 9. Sem informação		<input type="checkbox"/>
69. Nível de consciência da mãe na admissão: 1. Lúcia 2. Turpeza (confusão mental) 3. Em coma 9. Sem informação		<input type="checkbox"/>
70. Ocorrência de convulsões antes da interação:	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

71. Há registro de pressão arterial na admissão	0. Não (vá para 74) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
72. Primeira verificação: sist (em mmHg)		sist <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
73. Primeira verificação: diast (em mmHg)		diast <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
74. Há registro de temperatura axilar na admissão:	0. Não (vá para 76) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
75. Valor em °C		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> °C
76. Sangramento vaginal após interação e antes do parto: 0. Não 1. Sim, pequeno 2. Sim, moderado 3. Sim, intenso 4. Sim, sem especificação		<input type="checkbox"/>
77. Perda de líquido amniótico (ruptura da bolsa) antes da interação: 1. Não 2. Sim, líquido claro sem grumos 3. Sim, líquido claro com grumos 4. Sim, líquido com mecônio 5. Sim, líquido sanguinolento 6. Sim, líquido purulento/ fétido 7. Sim, sem especificação		<input type="checkbox"/>
78. Dilatação do colo do útero no momento da admissão: (consultar instrutivo) em centímetros		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
79. Número de contrações em 10 minutos no momento da admissão:		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> contrações
80. Ritmo cardíaco fetal (BCF) na admissão (ou primeiro exame): 0. Ausente (vá para 83) 1. Presente		<input type="checkbox"/>
81. Qual a frequência?		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> bpm
82. Realizada cardiotoecografia (CTG): (Permite mais de 1 opção) 0. Não (vá para 84) 1. Sim, antes de vir para maternidade 2. Sim, na admissão/interação 3. Sim, no trabalho de parto		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
83. Algum resultado da CTG alterado:	0. Não 1. Sim 9. Sem informação	<input type="checkbox"/>
84. Realizado Dopplerfluxometria Fetal: (Permite mais de 1 opção) 0. Não (vá para 86) 1. Sim, antes de vir para maternidade		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2. Sim, na admissão/internação		
85. Alguém Doppler alterado:	0. Não 1. Sim 9. Sem informação	<input type="checkbox"/>
86. Prescrição de corticóide antes do parto: <i>(Permite mais de 1 opção)</i>		<input type="checkbox"/>
0. Não 1. Sim, antes da internação 2. Sim, na admissão/internação		<input type="checkbox"/>
87. Motivo da internação:		<input type="checkbox"/>
1. Internação por trabalho de parto		
2. Internação para indução do trabalho de parto		
3. Internação para cesárea eletiva sem trabalho de parto (responda 88 e vá para 130)		
4. Internação como gestante, por complicação clínico-obstétrica		
5. Outro motivo		
88. Diagnóstico na internação: <i>(Permite mais de 1 opção)</i>		<input type="checkbox"/>
1. Trabalho de parto		<input type="checkbox"/>
2. Trabalho de parto prematuro/ameaça de trabalho de parto		<input type="checkbox"/>
3. Amniocese prematura (Ruptura das membranas ovulares /Bolsa rota)		<input type="checkbox"/>
4. Gestação múltipla (2 ou + fetos)		<input type="checkbox"/>
5. Gestação prolongada/pós-maturidade		<input type="checkbox"/>
6. Sofrimento fetal (agudo/crônico)- Crescimento restrito (CIUR)		<input type="checkbox"/>
7. Polidramnia / Oligodramnia		<input type="checkbox"/>
8. Descolamento prematuro da placenta / DDP		<input type="checkbox"/>
9. Hemorragia vaginal		<input type="checkbox"/>
10. Eclâmpsia /convulsão		<input type="checkbox"/>
11. Hipertensão na gestação (qualquer tipo)		<input type="checkbox"/>
12. Apresentação pélvica ou outra apresentação anormal (côncava/transversa)		<input type="checkbox"/>
13. Ruptura (cesáreas anteriores)		<input type="checkbox"/>
14. Diabetes gestacional		<input type="checkbox"/>
15. Infecção pelo HIV		<input type="checkbox"/>
16. Óbito fetal		<input type="checkbox"/>
17. Sem diagnóstico clínico-obstétrico informado		<input type="checkbox"/>
18. Outro diagnóstico (responda a 89)		<input type="checkbox"/>
19. Interoberência clínica (vá para 90)		<input type="checkbox"/>
89. Outro diagnóstico. Qual? _____		
90. Interoberência clínica. Qual? _____		
91. Houve indicação de parto cesáreo no momento da admissão/internação:		<input type="checkbox"/>
0. Não 1. Sim (vá para 130)		

5. Assistência ao trabalho de parto	
92. Data de admissão/internação no pré-parto:	_ _ / _ _ / _ _
93. Hora de admissão/internação no pré-parto (se não houver registro, marcar 00h00min):	_ _ : _ _ h _ _ : _ _ min
94. Trabalho de Parto: 1. Espontâneo (vê para 96) 2. Induzido sem sucesso (responda a questão 95 e depois vê para 130) 3. Induzido com sucesso 4. Não entrou em trabalho de parto (vê para 130)	<input type="checkbox"/>
95. Medicação/método utilizados para indução do parto: (ver folha de prescrição) 1. Ocitocina 2. Misoprostol 3. Outros	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
96. O acompanhante estava presente: 0. Não 1. Sim 9. Sem informação	<input type="checkbox"/>
97. Prescrição de dieta no trabalho de parto: 0. Dieta zero 1. Dieta líquida 2. Outro tipo de dieta 9. Sem informação	<input type="checkbox"/>
98. Prescrição de repouso no leito no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
99. Prescrição de hidratação venosa no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim (vê para 101)	<input type="checkbox"/>
100. Colocação de acesso venoso no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
101. Prescrição de antibióticos no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
102. Realização de tricotomia (depilagem dos pelos) na maternidade: 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
103. Rotunfúria/enema (lavagem intestinal) antes do parto: 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
104. Profissional que acompanha o trabalho de parto: (Permite mais de 1 opção) 1. Médico (s) 2. Enfermeiro (a) obstetra/obstetriz 3. Enfermeiro (a) 4. Parteira tradicional 5. Auxiliar técnico de enfermagem 6. Estudante 7. Outro 9. Sem informação	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
105. Presença de partograma no pré-parto: 0. Não (vê para 110) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
106. Registro de dilatação do colo do útero no início do uso do partograma: 0. Não (vê para 108) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
107. Quanto? (centímetros)	_ _ cm
108. Registro do número de toques no partograma: 0. Não (vê para 110) 1. Sim	<input type="checkbox"/>

109. Quantos?		<input type="text"/>
110. Prescrição de ocitocina durante o trabalho de parto:	0. Não (vé para 116) 1. Sim	<input type="text"/>
111. Prescrição da ocitocina (anotar primeira prescrição antes do parto):		
112. Número de ampolas de JUV500 ml uso		<input type="text"/>
113. Nº de gotas/min		<input type="text"/>
114. Velocidade de infusão ml/hora		<input type="text"/>
115. Dilatação do colo do útero no início da administração da ocitocina:		<input type="text"/> cm
116. Prescrição de analgésicos durante o trabalho de parto: <i>(Preencher mais de 1 opção)</i>		<input type="text"/>
1. Não		<input type="text"/>
2. Sim, opióides (doletina, meprobina ou petidina)		<input type="text"/>
3. Sim, outros (bucacaxina, dipirone, bicarbona, outros)		<input type="text"/>
117. Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor:		
118. Banho de chuveiro	0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
119. Banho de bacia	0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
120. Massagem	0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
121. Bola	0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
121.1. Banquinho	0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
122. Cavalinho	0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
123. Outros	0. Não (vé para 125) 1. Sim	<input type="text"/>
124. Qual: _____		
125. Utilização de analgesia durante o trabalho de parto:	0. Não 1. Peridural 2. Raqui 3. Peri+Raqui (combinado) 4. Geral	<input type="text"/>
126. Ruptura de membranas durante o trabalho de parto /parto:	0. Não, ruptura antes da intencção (vé para 129) 1. Sim, ruptura espontânea 2. Sim, ruptura artificial (feita pelos profissionais) 3. Sim, sem informação do tipo de ruptura	<input type="text"/>

127. Características do líquido: 1. Líquido claro sem grumos 2. Líquido claro com grumos 3. Líquido com meconio 4. Líquido sanguinolento 5. Líquido purulento/fétido 6. Líquido sem especificação	<input type="checkbox"/>
128. Dilação do colo do útero no momento da ruptura de membranas no partograma /partuário:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> cm
129. Há registro no partuário de: (Preencha mais de 1 opção) 1. Sofrimento fetal durante o TP 2. Eliminação de meconio espesso 3. Bradicardia fetal (BCF < 110) 4. Taquicardia fetal (BCF > 160) 5. Presença de DHP 2 (desaceleração na cardiotocografia) 6. Sem registro de alguma das alterações acima	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Dados da Assistência ao Parto	
130. Dia do parto:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
131. Hora do parto:	<input type="text"/> / <input type="text"/> horas <input type="text"/> / <input type="text"/> min
132. O acompanhante estava presente no parto:	0. Não 1. Sim 9. Sem informação
133. Tipo de parto (Em caso de gemelar, com parto normal e cesáreo, preencher as questões relativas aos dois tipos de parto)	0. Não 1. Sim 9. Sem informação
134. Uso de fórceps/vácuo extrator:	0. Não 1. Fórceps 2. Vácuo-extrator
135. Qual profissional assistiu o parto: 1. Médico (s) 2. Enfermeiro (a) obstetra/obstetriz 3. Enfermeiro (a) 4. Parteira tradicional 5. Auxiliar/técnico de enfermagem 6. Estudante 7. outro 9. Sem informação	<input type="checkbox"/>
136. Posição da mulher no parto: 1. Litomica (distada de costas) 2. Distada de lado 3. Sentada/inclinada 4. Na banheira 5. De quatro 6. De cócoras 7. De pé 9. Sem informação	<input type="checkbox"/>

137. Horário do registro da dilatação total: (partograma ou prontuário)	<input type="text"/> h <input type="text"/> min
138. Duração do período expulsivo registrado no prontuário:	<input type="text"/> h <input type="text"/> min
139. Realização de episiotomia: 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
140. Ocorrência de laceração vaginal/perineal 0. Não 1. 1º grau 2. 2º grau 3. 3º grau 4. 4º grau 5. Sim, sem especificação	<input type="checkbox"/>
141. Registro de sutura vaginal/perineal ou episiorrafia na cicatriz da episiotomia: 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
142. Realização de manobra de Kristeller: 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
143. Alguma complicação no parto e/ou pós-parto imediato: (<i>Permite mais de 1 opção</i>) 0. Não 1. Distúrbio de ombro 2. Prolapso de cordão 3. Ruptura uterina 4. Período expulsivo prolongado 5. Atonia uterina 6. Placenta retida 7. Outras (responda a 144)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
144. Qual?	
145. Utilização de anestesia: 0. Não 1. Peridural 2. Raquidiana 3. Peri+Raqui (combinado) 4. Geral 5. Local 6. Locoregional/nervo pudendo 9. Sem informação (Se parto vaginal não preencher o bloco 7 - vá para o bloco "Dados sobre Near Miss Materno", questão 156)	<input type="checkbox"/>
7. Indicação da cesariana	
146. Informações do obsteta: (Ver folha ou relato da cirurgia. Registrar na mesma ordem da folha de descrição cirúrgica)	

<p>147. 1ª Informação do obstetra:</p> <p>01. Cesariana antecio/literatividade</p> <p>02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)</p> <p>03. Parada de Progressão</p> <p>04. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)</p> <p>05. Placenta prévia</p> <p>06. Sofrimento fetal/CIUR</p> <p>07. Infecção pelo HIV</p> <p>08. Apresentação pélvica (sentado)</p> <p>09. Apresentação cefálica (atravessado)</p> <p>10. Laxidão uterina</p> <p>11. Hipertensão arterial/Pré-eclâmpsia</p> <p>12. Eclâmpsia</p> <p>13. Síndrome HELLP</p> <p>14. Diabetes</p> <p>15. Oligodramnia</p> <p>16. Gemelidade</p> <p>17. Prematuridade</p> <p>18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada</p> <p>19. Microsomia</p> <p>20. Falha de indução</p> <p>21. Mal formação</p> <p>22. Óbito fetal</p> <p>23. Amniorrhexe prematura</p> <p>24. Intercorrências clínicas</p> <p>25. Sem informação no prontuário</p> <p>26. Outra (responda a 148)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>148. Outra. Qual? _____</p>	
<p>149. 2ª Informação do obstetra:</p> <p>01. Cesariana antecio/literatividade</p> <p>02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)</p> <p>03. Parada de Progressão</p> <p>04. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)</p> <p>05. Placenta prévia</p> <p>06. Sofrimento fetal/CIUR</p> <p>07. Infecção pelo HIV</p> <p>08. Apresentação pélvica (sentado)</p>	<input type="checkbox"/>

<p>09. Apresentação cefálica (atravessado)</p> <p>10. Lagrimadura tubária</p> <p>11. Hipertensão arterial/Pré-eclâmpsia</p> <p>12. Eclâmpsia</p> <p>13. Síndrome HELLP</p> <p>14. Diabetes</p> <p>15. Oligodramnia</p> <p>16. Gemelidade</p> <p>17. Prematuridade</p> <p>18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada</p> <p>19. Macrosomia</p> <p>20. Falha de indução</p> <p>21. Mal formação</p> <p>22. Óbito fetal</p> <p>23. Annioretmo prematura</p> <p>24. Intercorrências clínicas</p> <p>25. Sem informação no prontuário</p> <p>26. Outra (responda a 150)</p>	
<p>150. Outra. Qual? _____</p>	
<p>151. 3ª Informação do obstetra:</p> <p>01. Cesariana anterior/alternativa</p> <p>02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)</p> <p>03. Parada de Progressão</p> <p>04. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)</p> <p>05. Placenta prévia</p> <p>06. Sofrimento fetal/CTUR</p> <p>07. Infecção pelo HIV</p> <p>08. Apresentação pélvica (sentado)</p> <p>09. Apresentação cefálica (atravessado)</p> <p>10. Lagrimadura tubária</p> <p>11. Hipertensão arterial/Pré-eclâmpsia</p> <p>12. Eclâmpsia</p> <p>13. Síndrome HELLP</p> <p>14. Diabetes</p> <p>15. Oligodramnia</p> <p>16. Gemelidade</p>	<p style="text-align: center;">┌</p>

<p>17. Prematuridade</p> <p>18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada</p> <p>19. Microsomia</p> <p>20. Falha de indução</p> <p>21. Mal formação</p> <p>22. Óbito fetal</p> <p>23. Amniocentese prematura</p> <p>24. Intervenções clínicas</p> <p>25. Sem informação no prontuário</p> <p>26. Outra (responda a 152)</p>	
<p>152. Outra. Qual?</p>	
<p>153. 4ª Informação do obstetra:</p> <p>01. Cesariana anterior/insuficiência</p> <p>02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)</p> <p>03. Parada de Progressão</p> <p>04. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)</p> <p>05. Placenta prévia</p> <p>06. Sofrimento fetal/CIUR</p> <p>07. Infecção pelo HIV</p> <p>08. Apresentação pélvica (sentado)</p> <p>09. Apresentação cefálica (atravessado)</p> <p>10. Laqueadura tubária</p> <p>11. Hipertensão arterial/Pré-eclâmpsia</p> <p>12. Retorquia</p> <p>13. Síndrome HELLP</p> <p>14. Diabetes</p> <p>15. Oligodramnia</p> <p>16. Gemelidade</p> <p>17. Prematuridade</p> <p>18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada</p> <p>19. Microsomia</p> <p>20. Falha de indução</p> <p>21. Mal formação</p> <p>22. Óbito fetal</p> <p>23. Amniocentese prematura</p> <p>24. Intervenções clínicas</p>	<p style="text-align: center;">□</p>

25. Sem informação no prontuário		
26. Outra (responda a 154)		
154. Outra. Qual?		
155. Tipo de anestesia:		<input type="checkbox"/>
1. Peridural 2. Raqui 3. Peri-Raqui (ombilicado) 4. Geral		
B. Dados sobre Near Miss Materno		
156. Apresentou alguma das seguintes alterações clínicas, em algum momento da internação:		
157. Clonose aguda	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
158. Respiração agônica (gasping)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
159. Frequência respiratória (FR) > 40 ou < 6 fpm	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
160. Choque	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
161. Oligúria não responsiva à hidratação e medicamentos	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
162. Distúrbio de coagulação	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
163. Ictericia na presença de pré-eclâmpsia	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
164. Convulsões recorrentes/partial total	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
165. AVC	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
166. Perda da consciência maior que 12 horas	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
167. Perda da consciência associada a ausência de pulso	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
168. Apresentou alguma das seguintes alterações laboratoriais, em algum momento da internação:		
169. Saturação de O ₂ < 90% por mais de 60 minutos	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
170. PaO ₂ /FIO ₂ < 200 mmHg	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
171. Creatinina ≥ 3,5 mg/dl	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
172. Bilirrubina > 6 mg/dl	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
173. pH < 7,1	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
174. Lactato/ Ácido láctico > 5	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
175. Trombocitopenia aguda (plaquetas < 50.000)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
176. Perda de consciência associada à presença de glicose e cetonúria na urina	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
177. Realizou algum dos seguintes tratamentos, em algum momento da internação:		
178. Uso contínuo de drogas vasoativas (dopamina, dobutamina, adrenalina)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
179. Histerectomia pós-infecção ou hemorragia	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
180. Transfusão ≥ 5 unidades de hemácias	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
181. Diálise por insuficiência renal aguda	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
182. Intubação e ventilação mecânica ≥ 60 minutos não relacionada à anestesia	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

183. Ressuscitação cardiopulmonar	0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	---

Atenção entrevistador! No caso de gemêos, preencher uma ficha para cada recém-nascido.

No caso de natimorto responder só as questões 184, 187, 259, 261, 263 e 265.

9. Dados do recém-nato – 1ª parte	
184. Nº do prontuário do recém-nato: (completar com 8 caso não tenha sido internado)	<input type="text"/>
185. Número da Declaração de Nascimento Viver: (completar com 9 caso não tenha a DN no prontuário)	<input type="text"/>
186. Sexo:	1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino <input type="checkbox"/> 3. Indefinido <input type="checkbox"/>
187. Peso ao nascer (em gramas):	<input type="text"/> g
188. Idade gestacional pela DUM:	189. <input type="text"/> semanas 190. <input type="text"/> dias
191. Idade gestacional pela USG:	192. <input type="text"/> semanas 193. <input type="text"/> dias
194. Idade gestacional pelo Capurro:	195. <input type="text"/> semanas 196. <input type="text"/> dias
197. Idade gestacional pelo New Ballard:	198. <input type="text"/> semanas 199. <input type="text"/> dias
200. Se parto cesáreo, informar as indicações constantes na ficha ou prontuário do RN:	
201. 1ª informação:	
01. Cesárea anterior/atividade 02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) 03. Falha de Progressão 04. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) 05. Placenta prévia 06. Soltoamento fetal / CIUR 07. Infecção pelo HIV 08. Apresentação pélvica 09. Apresentação cefálica	

<ul style="list-style-type: none"> 10. Lequeadura tubária 11. Hipertensão arterial/Pré-eclâmpsia 12. Eclâmpsia 13. Síndrome HELLP 14. Diabetes 15. Oligodramnia 16. Gemelidade 17. Prematuridade 18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada 19. Microscemia 20. Falha de indução 21. Mal formação 22. Óbito fetal 23. Anomalia prematura 24. Intercorrências clínicas 25. Sem informação no prontuário 26. Não se aplica – parto vaginal 27. Outra (responda a 282) 	<input type="checkbox"/>
203. Qual? _____	
203. 2ª informação: <ul style="list-style-type: none"> 01. Cesariana anterior/Sensibilidade 02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) 03. Falha da Progesterão 04. Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP) 05. Placenta prévia 06. Sofrimento fetal / CIUR 07. Infecção pelo HIV 08. Apresentação pélvica 09. Apresentação cefálica 10. Lequeadura tubária 11. Hipertensão arterial/Pré-eclâmpsia 12. Eclâmpsia 13. Síndrome HELLP 14. Diabetes 15. Oligodramnia 16. Gemelidade 17. Prematuridade 	<input type="checkbox"/>

<ul style="list-style-type: none"> 18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada 19. Macrossomia 20. Falha de indução 21. Malformação 22. Óbito fetal 23. Amniocentese prematura 24. Intercorrências clínicas 25. Sem informação no prontuário 26. Não se aplica – parto vaginal 27. Outra (responda a 204) 	
204. Qual?	
<p>205. 3ª informação:</p> <ul style="list-style-type: none"> 01. Cesariana anterior/iteratividade 02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) 03. Parada de Progressão 04. Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP) 05. Placenta prévia 06. Sofocamento fetal / CIUR 07. Infecção pelo HIV 08. Apresentação pélvica 09. Apresentação ósmica 10. Lesão da tubéria 11. Hipertensão arterial/Pré-eclâmpsia 12. Eclâmpsia 13. Síndrome HELLP 14. Diabetes 15. Oligodramnia 16. Genesidade 17. Prematuridade 18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada 19. Macrossomia 20. Falha de indução 21. Malformação 22. Óbito fetal 23. Amniocentese prematura 24. Intercorrências clínicas 25. Sem informação no prontuário 	<input type="checkbox"/>

26. Não se aplica – parto vaginal	
27. Outra (responda a 206)	
206. Qual?	
207. 4ª informação:	
<ul style="list-style-type: none"> 01. Cesariana anterior/efetividade 02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) 03. Parada de Progressão 04. Deslocamento Prematuro da Placenta (DPP) 05. Placenta prévia 06. Sofrimento fetal / CIUR 07. Infecção pelo HIV 08. Apresentação pélvica 09. Apresentação cefálica 10. Laceração tubéris 11. Hipertensão arterial/Pré-eclâmpsia 12. Eclâmpsia 13. Síndrome HELLP 14. Diabetes 15. Oligodramnia 16. Gestosidade 17. Prematuridade 18. Pós-natividade/Gravidar prolongada 19. Macrossomia 20. Falha de indução 21. Malformação 22. Óbito fetal 23. Amniorrhexe prematura 24. Intercorrelações clínicas 25. Sem informação no prontuário 26. Não se aplica – parto vaginal 27. Outra (responda a 206) 	<input type="checkbox"/>
208. Qual?	
209. Apgar no 1º. Minuto	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
210. Apgar no 5º. Minuto	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
10. Dados do recém-nato – 2ª parte	

211. Manobras de reanimação na sala de parto		
212. O₂ inalatório	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
213. Ventilação com máscara + máscara	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
214. Estrofação oro-traqueal	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
215. Massagem cardíaca	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
216. Drogas	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
217. Outros	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
218. Qual? _____		
219. Outros procedimentos realizados na primeira hora após o nascimento:		
220. Aspiração de vias aéreas superiores	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
221. Aspiração gástrica	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
222. Vitamina K (Kavakion)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
223. Caxô (colírio de nitrato de prata)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
224. Vacina contra hepatite B	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
225. Foi para incubadora	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
226. O bebê foi internado?	0. Não (vá para 256) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
227. Utilização de oxigênio após o nascimento:		
228. Hood ou circuito	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
229. CPAP	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
230. Ventilação mecânica	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
231. Com 28 dias de vida estava em oxigenoterapia (qualquer tipo):	0. Não 1. Sim 0. Não estava mais internado	<input type="checkbox"/>
232. Se bebê nasceu prematuro, com 36 semanas de idade gestacional corrigida ainda estava em oxigenoterapia (de qualquer tipo).		<input type="checkbox"/>
1. RN nasceu a termo 2. Não		

3. Ainda não atingiu 36 semanas		
4. Sim		
5. Não estava mais internado		
233. Indicação de internação em UTI neonatal:	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
234. Internação em UTI neonatal:	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
235. Utilização de surfactante:	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
236. Hipoglicemia (glicemia menor do que 40) nas primeiras 48h de nascido:	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
237. Uso de antibiótico		<input type="checkbox"/>
1. Não usou		
2. Início até 48h de vida (Sepse precoce)		
3. Início após 48h de vida (Sepse tardia)		
238. Fototerapia nas primeiras 72h de vida:	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
239. Nível máximo de bilirrubina nas primeiras 72h de vida:		<input type="text"/> mg/dl 2 dígitos e 1 casa decimal
240. Apresentou malformação congênita?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
241. Outras diagnósticas durante a internação:		
242. Taquipneia transitória	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
243. Doença da membrana hialina	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
244. Síndrome de aspiração meconal	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
245. Hipertensão pulmonar	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
246. Convulsão	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
247. Enterocolite necrotizante	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
248. Trombocitose	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
249. Rubéola congênita	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
250. Herpes	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
251. Citomegalovírus	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
252. Sífilis congênita	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
253. Criança exposta ao HIV	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
254. Outros	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
255. Qual ?		<input type="text"/>

256. Uso de aleitamento materno exclusivo:	0. Não	1. Sim (vá para 258)	<input type="checkbox"/>
257. Outros alimentos que recebeu durante a internação (<i>Permite mais de 1 opção</i>)			
1. Água			<input type="checkbox"/>
2. Soro glicosado/ Glicose via oral (clínica com açúcar)			<input type="checkbox"/>
3. Leite humano ordenhado			<input type="checkbox"/>
4. Leite artificial			<input type="checkbox"/>
5. Nutrição Parenteral (NPT)			<input type="checkbox"/>
258. Tipo de saída do hospital onde ocorreu o nascimento:			
0. Continua internado aos 28 dias de vida (vá para 264)			<input type="checkbox"/>
1. Alta	2. Óbito	3. Transferência para outro hospital (vá para questão 260)	
259. Data da saída:	(Se óbito, vá para 261; se alta, vá para 264)		<input type="text"/>
260. Hospital para onde foi transferido (nome, cidade, estado): _____			
260.1 Motivo da transferência: _____			
260.2 Data da transferência:			<input type="text"/>
260.3 Tipo de saída do hospital para onde foi transferido:			
0. Continua internado aos 28 dias de vida (vá para 264)			<input type="checkbox"/>
1. Alta	2. Óbito		
260.4 Data da saída do hospital para onde foi transferido: (se alta vá para a questão 264)			<input type="text"/>
261. Causas de óbito registradas no prontuário: (<i>Permite mais de 1 opção</i>)			
1. Prematuridade extrema (< 1000g)			<input type="checkbox"/>
2. Infecção			<input type="checkbox"/>
3. SIIIS congênita			<input type="checkbox"/>
4. Malformação congênita			<input type="checkbox"/>
5. Problemas respiratórios (DIIH, pneumonia, aspiração de conteúdo, pneumonia, hipertensão pulmonar)			<input type="checkbox"/>
6. Outros (responda a 262)			<input type="checkbox"/>
262. Qual _____			

