

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

ROSANGELA ALMEIDA RODRIGUES DE FARIAS

**Morbidades na gravidez associadas ao nascimento pré-termo em
São Luís/MA**

SÃO LUÍS
2013

ROSANGELA ALMEIDA RODRIGUES DE FARIAS

Morbidades na gravidez associadas ao nascimento pré-termo em São Luís/ MA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Arlene de Jesus Mendes Caldas

SÃO LUÍS
2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Farias, Rosangela Almeida Rodrigues de
Morbidades na gravidez associadas ao nascimento pré-termo em São Luís/MA/ Rosangela Almeida Rodrigues de Farias. – 2013.

99 f.

Orientadora: Arlene de Jesus Mendes Caldas

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Maranhão, 2013.

1. Gravidez. 2. Doença. 3. Trabalho de Parto Prematuro. 4. Enfermagem Obstétrica. I. Título.

CDU 618.39

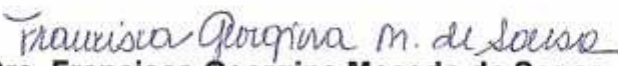
ROSANGELA ALMEIDA RODRIGUES DE FARIAS

MORBIDADES NA GRAVIDEZ ASSOCIADAS AO NASCIMENTO PRÉ-TERMO EM SÃO LUÍS – MA

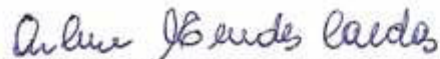
Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Comissão de Sustentação de Mestrado para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

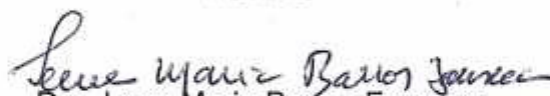
E aprovada na sua versão atendendo às normas e legislação vigente na Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Cuidado.



Dra. Francisca Georgina Macedo de Sousa
Coordenadora do Programa

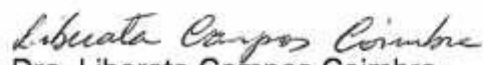
COMISSÃO DE AVALIAÇÃO:


Dra. Arlene de Jesus Mendes Caldas
Presidente


Dra. Rosângela Fernandes Lucena Batista
Membro


Dra. Lena Maria Barros Fonseca
Membro


Dra. Doralene Maria Cardoso de Aquino
Suplente


Dra. Liberata Campos Coimbra
Suplente

À Deus, meu maior sustentáculo.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter me dado saúde e força para superar todas as dificuldades;

À todos os professores, colaboradores e funcionários do mestrado acadêmico em Enfermagem da UFMA;

À todos os professores e colaboradores do projeto BRISAS, em especial à Prof^a. Dr^a. Rosangela Batista, pela disponibilidade;

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Arlene Caldas pela sua disponibilidade e apoio no desenvolvimento desta pesquisa;

À minha família pelo apoio e incentivo nesta jornada do mestrado. Em especial ao meu marido Gustavo Farias pelo apoio, companheirismo e cuidado com o nosso filho durante a minha ausência.

A minha mãe, meu pai, minha irmã pelo apoio incondicional.

Ao meu filho Artur, por ser minha fonte de inspiração, minha alegria e meu maior estímulo para continuar lutando na vida.

À minha amiga e cunhada Flávia Baluz B. de F. Nunes pela ajuda incansável na construção deste trabalho.

Às minhas amigas Aline Furtado, Aline Pestana, Chyntia Griselda, Josélia Pinheiro, Sara Fiterman, Valéria Ribeiro, Viviane e demais colegas de turma do MAENF pelo incentivo, amizade e colaboração neste trabalho e na minha vida pessoal.

Escolhe, pois, a vida.

(Dt 30, 19)

FARIAS, R. A. R. Morbidades na gravidez associadas ao nascimento pré-termo em São Luís/MA. 2013. 94 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2013.

Orientadora: Arlene de Jesus Mendes Caldas

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva

Resumo

As morbidades presentes em gestantes durante o ciclo gravídico puerperal causam sérios danos à integridade da saúde destas e de seus conceitos, podendo evoluir com a morte de ambos ou ainda com sérios problemas como o nascimento pré-termo. Tem-se como objetivo principal analisar as morbidades em gestantes como fator associado à ocorrência de nascimentos pré-termos em São Luís-MA. Trata-se de um estudo transversal analítico, a partir do banco de dados de uma pesquisa que investiga as causas do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança. A amostra foi constituída por gestantes que tiveram partos em instituições públicas ou privadas, em 2010, em São Luís-MA. Utilizou-se o teste Qui-quadrado para verificar a associação entre as morbidades e o nascimento pré-termo. Dentre as 5.064 gestantes participantes, a maioria tinha idade entre 20 e 34 anos (73,66%), era parda/mulata/cabocla (67,53%), com escolaridade de 9 a 11 anos de estudo (57,93%), vivia em união consensual (59,17%), e convivia com 1 a 4 pessoas no domicílio (68,65%). Quanto às morbidades, observou-se elevada prevalência de anemia (47,06%), infecção urinária (26,17%), hipertensão arterial (16,34%), e baixa prevalência de diabetes (2,10%), rubéola (0,06%), toxoplasmose (0,77%) e sífilis (0,65%). Entretanto, somente a hipertensão ($p < 0,001$) apresentou-se associada à ocorrência de nascimentos pré-termo. Encontrou-se uma prevalência de 13,39% de nascimentos pré-termos. Conclui-se, ser elevada a prevalência tanto de nascimentos pré-termos como de morbidades em gestantes de São Luís-MA, principalmente, anemia, infecção urinária e hipertensão, sendo esta última associada ao nascimento pré-termo. Necessitando, portanto, de medidas efetivas na qualidade da assistência ao ciclo gravídico puerperal em São Luís-MA.

Descritores: Gravidez. Doença. Trabalho de Parto Prematuro. Enfermagem Obstétrica.

FARIAS, R. A. R. Morbidity in pregnancy associated with preterm birth in Sao Luis, MA. 2013. 94 f. Thesis (Master). Graduate Program in Nursing, Federal University of Maranhão, São Luís, Brazil, 2013.

Advisor: Arlene de Jesus Mendes Caldas

Research line: Nursing in Public Health

Abstract

The morbidities in pregnant women during pregnancy and childbirth cause serious damage to the integrity of the health of those women and their conceptus, may evolve with the death of both or with serious problems such as preterm birth. It has as main objective to analyze morbidity in pregnant women as a factor associated with the occurrence of preterm births in São Luís, MA. This is an analytical cross-sectional study from the database of a research that investigates the causes of preterm birth and consequences of perinatal factors in child health. The sample consisted of pregnant women who delivered their babies in public or private institutions in 2010 in São Luís, MA. We used the chi-square test to assess the association between morbidity and preterm birth. Among the 5064 pregnant women participants, most were aged between 20 and 34 years (73.66%), was mixed/mulatto/cabocla (67.53%), schooling 9-11 years of education (57.93%), lived in a consensual union (59.17%), and lived with 1-4 people at home (68.65%). Among the morbidities, there was a high prevalence of anemia (47.06%), urinary tract infection (26.17%), hypertension (16.34%), and lower prevalence of diabetes (2.10%), rubella (0.06%), toxoplasmosis (0.77%) and syphilis (0.65%). However, only hypertension ($p < 0.001$) showed to be associated with the occurrence of preterm births. We found a prevalence of 13.39% of preterm births. We conclude, be much higher prevalence of preterm births and morbidity in pregnant women in Sao Luis, MA, mainly anemia, urinary tract infection and hypertension, the latter being associated with preterm birth. Needing therefore effective measures for quality of care in pregnancy and childbirth in Sao Luis, MA.

Keywords: Pregnancy, Disease, Premature Obstetric Labor, Obstetric Nursing.

LISTA DE TABELAS

| | | |
|------------|--|----|
| Tabela 1 - | Características socioeconômicas em gestantes de São Luís-MA, 2010..... | 35 |
| Tabela 2 - | Prevalência de morbidades em gestantes de São Luís-MA, 2010..... | 36 |
| Tabela 3 - | Associação entre as morbidades em gestantes e o nascimento pré-termo em São Luís-MA, 2010..... | 37 |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 11 |
| 1.1 | JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA | 13 |
| 1.2 | HIPÓTESE | 14 |
| 2 | DEFININDO OS OBJETIVOS | 15 |
| 2.1 | OBJETIVO GERAL..... | 15 |
| 2.1 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 15 |
| 3 | REVISÃO DE LITERATURA..... | 16 |
| 3.1 | CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL E ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL... | 16 |
| 3.2 | MORBIDADES NA GESTAÇÃO..... | 19 |
| 3.3 | NASCIMENTO PRÉ-TERMO..... | 26 |
| 4 | METODOLOGIA..... | 29 |
| 4.1 | TIPO DE PESQUISA..... | 29 |
| 4.2 | LOCAL DA PESQUISA..... | 29 |
| 4.3 | POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA..... | 30 |
| 4.4 | COLETA DE DADOS..... | 32 |
| 4.5 | VARIÁVEIS ESTUDADAS..... | 33 |
| 4.6 | ANÁLISE ESTATÍSTICA..... | 33 |
| 4.7 | ASPECTOS ÉTICOS..... | 33 |
| 5 | RESULTADOS..... | 34 |
| 6 | DISCUSSÕES..... | 38 |
| 7 | CONCLUSÃO..... | 48 |
| | REFERÊNCIAS..... | 49 |
| | ANEXOS..... | 59 |

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico, composto por alterações físicas e emocionais que apesar das mudanças ocorridas nesse período evolui, na maioria das vezes, sem dificuldades. Entretanto, em um menor número de gestações podem estar presentes graves morbidades (AMBROSE, 2007).

Estima-se que ocorram entre 16 e 100 episódios de morbidades (a maioria infecciosas) ou incapacidade por cada morte materna. Estas enfermidades afetam não só a saúde física das gestantes, como também são prejudiciais para seu bem-estar socioeconômico quando afetam a sua capacidade de trabalhar ou de se interrelacionar com outras pessoas (SALGE et al., 2009).

As diferentes morbidades que podem surgir durante o ciclo gravídico puerperal, podem ser infecciosas, como a toxoplasmose e a rubéola ou não infecciosas, como a diabetes e a hipertensão arterial. Elas têm em comum os danos que causam à integridade da saúde da gestante e de seu conceito podendo evoluir com a morte de ambos ou ainda com graves danos como a infecção congênita, complicações neurológicas, oculares, auditivas e o nascimento pré-termo (RODRIGUES e GUIMARÃES, 2004; ALMEIDA et al., 2006; CHAIM et al., 2008).

Estudos epidemiológicos têm demonstrado a elevada prevalência de morbidades em gestantes bem como a sua associação com o nascimento pré-termo em todo o mundo (ALMEIDA et al., 2006; CHAIM et al., 2008; SILVA, 2009a).

Para Silva (2009a), atualmente, 61,4% das causas perinatais de mortalidade infantil estão associadas ao nascimento pré-termo. Apesar do significativo avanço na medicina e tecnologia nos últimos anos, a prevalência de nascimentos pré-termos está aumentando e os motivos deste aumento não são bem compreendidos, o que justifica a importância do desenvolvimento de estudos na área.

A ocorrência de nascimentos pré-termos no mundo ainda é muito elevada, com taxas que variam de 6 a 13% de acordo com o desenvolvimento de cada país (SILVA, 2009b; OVALLE et al., 2012). No Brasil, a prevalência de nascimentos pré-termos é de aproximadamente 7% variando de acordo com a região (MEDEIROS, 2005); estados como o Maranhão apresentam índices de 12% (ARAGÃO et al., 2004).

Silva (2009b) refere que vários fatores podem ocasionar o nascimento pré-termo e recomenda a investigação das causas relacionadas à origem ginecológica e obstétrica, como é o caso das morbidades em gestantes. E o momento mais oportuno é durante as consultas de pré-natal, realizadas pelos profissionais de saúde, médicos, enfermeiros e outros profissionais, quando necessário.

Neste contexto, destaca-se a participação do enfermeiro no atendimento às gestantes, sendo este, responsável pelo desenvolvimento de orientações sobre a gravidez, de atividades de educação em saúde, de discussão dos temores próprios desta fase, de ações que favoreçam a evolução fisiológica do período gestacional e do parto, bem como o diagnóstico, tratamento e prevenção de muitas dessas morbidades que surgem nesse período (BRASIL, 2004).

Uma assistência pré-natal de qualidade é fundamental para a saúde materna e neonatal, neste sentido o profissional de saúde deve construir um olhar além do processo saúde/doença, que compreenda a pessoa na sua totalidade, corpo, mente, crenças, ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive, e as consultas de pré-natal constituem espaço adequado para isto. A partir do acompanhamento das gestantes durante o pré-natal, observa-se importante diminuição de desfechos negativos como a morbimortalidade materna e infantil (BRASIL, 2009b).

Para o Ministério da Saúde, um programa de pré-natal eficiente e resolutivo deve assistir à gestante de forma humanizada e atender às reais necessidades das mulheres ao longo da gestação e no puerpério, utilizando-se de todos os meios e conhecimentos científicos disponíveis (BRASIL, 2006). Nesse contexto, surgiram questionamentos sobre a relação entre as morbidades e as gestantes atendidas em São Luís-MA tais como: quais as morbidades presentes nas gestantes de São Luís-MA? E se essas morbidades estão associadas à ocorrência de nascimentos pré-termos?

Em São Luís- MA se desconhece estudos que busquem investigar quais as morbidades presentes no ciclo gravídico puerperal e a associação destas à ocorrência de nascimentos pré-termos, e a principal forma de intervir e prevenir um agravo é justamente através do conhecimento e monitoramento dele.

Entre as várias morbidades que podem estar presentes no ciclo gravídico puerperal buscou-se investigar as morbidades infecciosas (rubéola, sífilis, infecção urinária e toxoplasmose) e não infecciosas (hipertensão, diabetes, anemia) presentes na gestação. De acordo com os dados da literatura, é elevada a prevalência dessas morbidades em

gestantes, elas são apontadas como causas importantes de danos à saúde materno-fetal e acredita-se que elas estão associadas à ocorrência de nascimentos pré-termos (SALGE, 2009; BITTAR et al., 2009; OVALLE et al., 2012).

Investigar as morbidades associadas à ocorrência de nascimentos pré-termos em gestantes é tentar compreender o complexo processo da gestação e os fatores que nele interferem sendo extremamente importante para uma assistência de Enfermagem de qualidade à gestante e o seu conceito, bem como para otimizar e racionalizar o atendimento prestado em todas as etapas do ciclo gravídico puerperal, priorizando as ações de prevenção, recuperação e manutenção da vida.

1.1 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

O interesse por este estudo surgiu a partir da minha experiência profissional, como enfermeira da Estratégia de Agente Comunitário de Saúde, onde atuo realizando atendimento às gestantes e crianças, incluindo a investigação, prevenção e/ou tratamento das enfermidades que podem surgir durante o ciclo gravídico-puerperal.

Este estudo é importante para o entendimento da ocorrência das morbidades que acometem as gestantes, e para adotar medidas preventivas e curativas adequadas. Tais medidas poderão repercutir positivamente na redução da ocorrência de partos pré-termos, nas taxas de infecção vertical e, conseqüentemente, na morbimortalidade materno-infantil e poderão ainda subsidiar políticas de saúde e contribuir para uma assistência de Enfermagem mais resolutiva, digna e competente.

Nos últimos anos, tem-se observado um aumento do serviço de assistência ao pré-natal por meio de equipes da Estratégia Saúde da Família e de Agente Comunitário de Saúde; uma maior facilidade de acesso às unidades de saúde para consultas e realização de exames; possibilidade de fácil diagnóstico e tratamento gratuito da maioria das enfermidades, entretanto, a morbimortalidade materna tem se mantido elevada.

No Brasil, observa-se uma elevada ocorrência de gestantes com graves morbidades diagnosticadas somente no momento do parto. Além disso, em cidades como São Luís, tem-se um índice de nascimentos pré-termos elevado de 12,4% (ARAGÃO et al.,

2004), valor este acima da média nacional, e que pode está associado à esses graves casos de morbidades.

Portanto, há necessidade de se explorar novas hipóteses e mecanismos de causalidade à ocorrência de nascimentos pré-termos no município, uma vez que ainda existem crianças que nascem com graves sequelas oriundas de enfermidades como a sífilis, a toxoplasmose e outras, o que representa altos custos ao Sistema Único de Saúde e constitui um grave problema de saúde pública.

Estudos sobre morbidades associadas ao nascimento pré-termo são indicados na Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa do Ministério da Saúde, tendo em vista que o nascimento pré-termo ainda se mantém como um grave problema de saúde pública não apenas pela mortalidade, mas também pelas complicações apresentadas nos prematuros sobreviventes, como alterações no desenvolvimento neuropsicomotor compreendendo desde déficit de atenção até a paralisia cerebral, dentre outros (RADES, 2004).

1.2 HIPÓTESE

As morbidades infecciosas e não infecciosas presentes em gestantes, constituem fatores associados à ocorrência de nascimentos pré-termos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as morbidades em gestantes como fator associado à ocorrência de nascimentos pré-termos em São Luís-MA.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever características socioeconômicas das gestantes.
- ✓ Estimar a prevalência de morbidades infecciosas e não infecciosas em gestantes.
- ✓ Verificar a associação entre as morbidades em gestantes e o nascimento pré-termo.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL E ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Segundo Ferreira e Nakano (2001), a gestação é um fenômeno fisiológico normal que traz várias transformações ao organismo da mulher que iniciam na primeira semana da gravidez e permanecem durante todo o período gestacional. Essas transformações decorrem de uma intensa modificação como resposta às demandas próprias dessa fase.

O corpo da gestante ao manifestar essas transformações dá início a um período significativo de sensações e emoções que a acompanham durante toda a gestação. Essas emoções e sentimentos, também refletem nas reações do bebê, ou seja, ele vira, mexe, remexe, chuta e movimenta-se quando é estimulado pela agitação da mãe ou do ambiente; e também relaxa quando a mãe está tranquila e dorme (MACHADO et al., 2001).

Para Reberte e Hoga (2005), no período gestacional, o corpo da mulher é constante e intensamente sensibilizado o que traduz uma série de desconfortos, manifestado por vários sinais e sintomas, que variam dependendo da tolerância de cada mulher ao desconforto e da intensidade com que eles se apresentam.

Machado et al. (2001) refere que durante os nove meses de gestação a mulher fica a espera do seu bebê, bem como vai se preparando para o seu nascimento. Ao longo desse tempo ela transita por uma diversidade de sentimentos que variam entre medo, preocupações, dúvidas, desejos e felicidade, que são gerados pela expectativa do nascimento e também pelo vínculo já estabelecido com seu filho durante a gravidez.

Após o parto, inicia-se o puerpério, um período de transição que termina quando a fisiologia do corpo da mulher volta ao estado anterior, em média seis semanas após o parto. Para Silva (2001), tais transformações advindas desse período de transição para a maternidade carecem de uma atenção qualificada por parte dos profissionais de saúde competentes que devem identificar essas adaptações, bem como suas consequências já que estas podem tornar-se fontes de limitação para a mulher.

Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das gestantes e evitar futuras complicações maternas e neonatais torna-se imprescindível uma assistência pré-natal de qualidade, com acompanhamento de equipe multidisciplinar. O objetivo do pré-natal é oferecer uma assistência humanizada à gestante desde o início de sua gravidez, onde ocorrem mudanças físicas e emocionais, que cada gestante vivência de forma diferente, até o período puerperal, garantindo o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2006).

Em 1983, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher (PAISM), sendo este anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher. O PAISM foi o primeiro programa, inclusive no cenário mundial, a propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais centrado na utilização de ações isoladas em planejamento familiar (OSIS, 1998).

Em seguida à criação do PAISM, em 2000 foi criado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com a finalidade de aumentar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas pré-natais, promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto, indicar os procedimentos mínimos que deverão ser realizados durante as consultas pré-natais e a consulta puerperal e reduzir assim, as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2002).

A partir do PHPN, preconizou-se que um serviço de pré-natal humanizado e eficiente deve ser capaz de captar precocemente a gestante (para realização da primeira consulta e realização dos exames até 120 dias após a descoberta da gravidez), além de motivá-la a manter o seu acompanhamento pré-natal de forma regular e constante (VASQUES, 2006). O Ministério da Saúde refere que para a realização satisfatória do pré-natal é necessário ainda um conjunto de recursos, que envolvem profissionais de saúde, estrutura física adequada, equipamentos e instrumentais mínimos, apoio laboratorial, material para registro, processamento, análise dos dados, medicamentos e outros (BRASIL, 2006).

As gestantes, ao buscarem os serviços de saúde, merecem atenção e respeito por parte dos enfermeiros e demais profissionais. O estreitamento dos laços com essa população ocorre por meio de várias estratégias, que vão desde a abordagem diferenciada no cuidado individual até o incremento das reuniões e práticas socioeducativas como

atividades em grupos de gestantes na unidade de saúde ou na própria comunidade (CALDERON et al., 2006).

A assistência ao pré-natal é realizada para estabelecer um processo de vigilância à saúde das gestantes, com o propósito de controlar e prevenir danos. Caso seja detectado algum fator que possa gerar algum prejuízo à saúde da gestante e seu conceito, existe o sistema de referência e contra referência, que consiste no encaminhamento para uma assistência especializada (PARADA, 2008).

Atualmente, em todo o Brasil a assistência pré-natal das usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) é desenvolvida nas unidades básicas de saúde. A organização da atenção básica, nos municípios, tem como porta de entrada para a assistência a Estratégia de Saúde da Família. Esta é caracterizada por um conjunto de ações contínuas junto às atividades de saúde pública voltadas para a comunidade e visa à integração das ações entre os diversos profissionais e suas articulações com as reais demandas e necessidades da população (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) preconiza a realização de no mínimo seis consultas pré-natais pela gestante, sendo preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre. Na primeira consulta pré-natal, o profissional de saúde deverá realizar as seguintes investigações: levantamento da história clínica da gestante, verificação dos antecedentes familiares, pessoais, gineco-obstétricos, dados sobre sexualidade, levantamento das informações da gestação atual, realização do exame físico geral e específico, e solicitação dos exames laboratoriais preconizados.

Nas demais consultas deverão ocorrer: a revisão da ficha pré-natal, coleta da anamnese atual resumida e verificação do calendário vacinal, e ainda, realização do controle materno (cálculo da idade gestacional, índice de massa corpórea, pressão arterial, palpação obstétrica e altura uterina, observar edemas e avaliar os resultados dos exames laboratoriais), realização de controle fetal (ausculta de batimentos cardíacos e avaliação dos movimentos fetais); o médico e/ou enfermeiro deverá ainda, prescrever a suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico, agendar as consultas subsequentes e tratar os problemas encontrados ou realizar encaminhamentos conforme necessidade (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) preconiza ainda, uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê e consulta puerperal até 42 dias, para que seja realizada a avaliação das condições da mulher e da criança como também, registrar alguma alteração, observar, orientar e registrar dados da amamentação, averiguar o retorno da

menstruação e da atividade sexual, orientar o planejamento familiar, realizar ações educativas e conduzir intercorrências caso aconteçam.

Para Calderon et al. (2006), o profissional de saúde apto à realizar o pré-natal deverá ser aquele que estiver capacitado para tal prática, as evidências confirmam que a assistência pré-natal básica pode ser desenvolvida não só por médico-obstetra, mas por outros profissionais, como enfermeiros e enfermeiros obstetras.

O pré-natal de baixo risco pode ser realizado por enfermeiro, obstetra ou não, respaldado pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Decreto nº 94.406/87. Cabe ao enfermeiro ainda, realizar a consulta de enfermagem; realizar a prescrição de enfermagem; prescrever medicamentos, desde que estabelecido em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; prestar assistência à parturiente, puérpera e realizar educação em saúde, sendo respaldado pela lei 7.498/86 (BRASIL, 2006). Cunha et al. (2009) referem que o enfermeiro possui embasamento teórico-científico e respaldo legal para prestar assistência pré-natal de baixo risco. Este profissional possui uma assistência sistematizada que visa atender as necessidades de cada indivíduo de forma holística.

Para Araújo et al. (2010), os enfermeiros precisam estar atentos às contribuições que eles têm a oferecer no pré-natal, sendo ele o responsável por acolher as gestantes, elucidando-lhe todas as suas dúvidas e desconfiças e colaborando assim, para uma gestação sem complicações, tanto para a mulher, quanto para a criança. A principal função do enfermeiro é cuidar. A relação entre ele e os seus pacientes indica como a promoção, o tratamento e a recuperação da saúde estão sendo encarados. O enfermeiro além de atuar como um bom técnico deve permitir a manifestação da sua dimensão humana, ou seja, deve se colocar como pessoa que cuida de outra pessoa (LIMA e MOURA, 2005).

A atenção qualificada no pré-natal contribui significativamente na redução das altas taxas de morbimortalidade materna infantil e promove uma maternidade mais segura (CUNHA et al., 2009).

3.2 MORBIDADES NA GESTAÇÃO

No mundo, anualmente, ocorrem 120 milhões de gravidez, entre as quais mais de meio milhão de mulheres morrem em consequência de complicações, durante a gravidez ou o parto e mais de 50 milhões sofrem enfermidades ou incapacidades sérias relacionadas à gravidez (MACDONALD, 2003).

Para Pereira (2008), morbidade é um termo genérico usado para designar o conjunto de casos de uma dada afecção ou a soma de agravos à saúde que atingem um grupo de indivíduos. No entanto, diferentes perspectivas podem ser consideradas quando se lida com o conceito de morbidade. A palavra “doença”, em português, geralmente denota uma ou todas as seguintes concepções abaixo:

- I) Alterações no estado de saúde, da forma como ela é percebida pelo paciente.
- II) A anormalidade biológica em estrutura ou função, diagnosticada por um profissional de saúde, após o exame do paciente. Tecnicamente “doença” designa uma entidade patológica, geralmente definida por, pelo menos dois dos três seguintes critérios: um agente etiológico reconhecido, um grupo identificável de sinais e sintomas, e alterações anatômicas consistentes.
- III) A expressão social da morbidade representada pelas atitudes e comportamentos assumidos pelas pessoas, quando percebem desvio de normalidade na sua própria saúde.

O mesmo autor diz ainda, que a morbidade pode ser utilizada também como um dos principais indicadores de saúde. As estatísticas que expressam a situação das doenças na população têm várias utilizações tais como, permitem entender o risco das pessoas adoecerem, constituem indicações a serem utilizadas nas investigações dos seus fatores determinantes e ajudam na escolha de ações resolutivas pertinentes.

Anterior à década de 90 o indicador de saúde mais utilizado era o de mortalidade, a partir dessa época, alguns autores apontam que, para os países desenvolvidos, a razão de mortalidade materna não traria um reflexo preciso da qualidade da assistência, devido à raridade dos óbitos, os aspectos relacionados à pequena quantidade de óbitos seriam peculiares ao evento em si e não seriam generalizáveis. Mundialmente, além dos estudos específicos sobre a mortalidade materna, há uma tendência a se estudar a morbidade materna, baseada na persistente preocupação com a adequada assistência à mulher (DRIFE, 1993).

Segundo Danel et al. (2003), estudos de base populacional mostram que a real magnitude da morbidade materna é bem maior do que normalmente avaliada pela razão de mortalidade materna. A diminuição da morbidade materna e a sua monitorização seriam pontos chave na melhoria da saúde materna e algo necessário para a manutenção da vigilância permanente à saúde da mulher, além de ser mais uma ferramenta que pode ser utilizada no combate à morte materna.

Enquanto a morte materna é um evento único, a definição de morbidade não é tão precisa. A morbidade materna é um *continuum* que tem início com a ocorrência de alguma complicação durante a gestação, parto e puerpério e que tem como possíveis desfechos a resolução ou a morte materna. Enquanto a morte materna tem um ponto único e final, no *continuum*, não há a mesma precisão para se determinar em qual ponto a morbidade materna se torna morbidade grave ou extremamente grave (LUZ et al., 2008).

Os casos de morbidade extremamente grave são aqueles em que mulheres apresentam complicações potencialmente fatais durante a gravidez, parto ou puerpério, mas sobrevivem devido ao acaso ou ao bom cuidado hospitalar (AMARAL et al., 2007; LUZ et al., 2008).

A delimitação entre as situações clínicas de morbidade extremamente grave e outros casos de morbidade grave é polêmica. Alguns autores utilizam definições muito amplas que incluem situações clínicas menos severas. Há diferentes critérios definidores de morbidade materna extremamente grave, baseados em manejo em Unidade de Terapia Intensiva, sinais e sintomas clínicos e disfunção orgânica (GELLER et al., 2002; PENNEY et al., 2007).

Independentemente da polêmica, atualmente cada vez mais as morbidades estão sendo utilizadas como eficientes indicadores de saúde da população o que possibilita a melhoria das políticas públicas voltadas à saúde, especialmente aquelas direcionadas à mulher no combate à mortalidade materno-infantil (DANEL et al., 2003).

A quantificação das doenças ou cálculo das taxas e coeficientes de morbidade e morbi-mortalidade são tarefas essenciais para vigilância epidemiológica e controle das doenças que, por sua vez para fins de organização dos serviços de saúde e intervenção nos níveis de saúde pública podem ser divididas em doenças infecciosas e doenças não infecciosas. As doenças infecciosas, como um grupo, são mais facilmente preveníveis e tratáveis do que qualquer outro importante conjunto de agravos à saúde, com raras

exceções. São exemplos dessas doenças a rubéola, a sífilis, a toxoplasmose, tetano, sarampo, entre outras (PEREIRA, 2008).

Luz et al. (2008) referem que para algumas dessas infecções há vacinas muito eficientes, por exemplo, contra o sarampo, a rubéola, a poliomielite. Vacinas estas, que contribuíram de forma significativa para a diminuição do número de casos e conseqüentemente ajudaram na redução da morbidade e mortalidade específicas, associadas àquelas enfermidades.

Apesar de alguns especialistas apontarem as doenças infecciosas como a mais importante causa de morbidade, é necessário reconhecer que muito já foi feito, com conseqüente melhoria da situação. Por outro lado, os níveis de ocorrência dessas doenças ainda são muito elevados, e continuarão a ser, ainda por longo tempo, um dos principais problemas de saúde em qualquer parte do mundo. Os riscos de contrair a infecção não são iguais para todos os indivíduos, eles variam de um lugar para outro e, dentro de uma mesma região, há diferenças de várias naturezas, tais como de sexo e de idade (PENNEY et al., 2007).

Pereira (2008) refere que, mundialmente e, sobretudo no Brasil, as doenças infecciosas constituem problema de saúde pública de grande magnitude. Afecções como a tuberculose e a hanseníase tem alta incidência no país, a exemplo. Infecção é o processo pelo qual um microorganismo penetra, desenvolve-se e reproduz-se no organismo de outro ser vivo. Esse processo pode ser silencioso ou evoluir com manifestações clínicas. As expressões doença infecciosa, doença transmissível, doença contagiosa e doença infecto-contagiosa são usadas, algumas vezes, com significado idêntico, embora alguns especialistas façam algumas restrições quanto a esta equivalência de termos.

O mesmo autor refere ainda, que o grupo de afecções incluídas na categoria “não infecciosa” é muito variado, e a terminologia utilizada para designá-los gera certa confusão, em situação semelhante à descrita para as doenças infecciosas. As denominações “não infecciosa”, “não-transmissível”, “crônico-degenerativa”, “crônica não-transmissível” ou, simplesmente, “crônica” são muitas vezes empregadas como sinônimo, embora possam ser feitas restrições a este procedimento. Em geral, resultam de um processo multifatorial, gradativo e cumulativo, que é explicado por uma interrelação complexa entre fatores hereditários e não-hereditários.

Entre as doenças infecciosas mais comuns na gestação estão:

a) Infecção urinária: durante o período gestacional aumentam as chances das mulheres virem a ter um quadro de infecção urinária sintomática, isto devido às mudanças anatomofisiológicas que ocorrem no trato urinário, como por exemplo, a dilatação das pelves renais e ureteres, as quais progridem até o momento do parto e retornam às condições normais até o segundo mês do puerpério (FIGUEIRÓ- FILHO et al., 2009).

A infecção urinária é a terceira intercorrência clínica mais comum na gestação, acometendo de 10 a 12% das grávidas, sendo que a maioria destas infecções ocorre no primeiro trimestre da gravidez. Esta enfermidade pode gerar abortamento, rotura prematura das membranas, restrição de crescimento intraútero, paralisia cerebral, retardo mental na infância, óbito perinatal e nascimento pré-termo no último trimestre. O tratamento é basicamente medicamentoso e vai depender da prescrição do obstetra responsável pelo pré-natal (JACOBIUNAS e PICOLI, 2007; NOGUEIRA e MOREIRA; 2006).

b) Doenças Sexualmente Transmissíveis: elas ocupam um importante espaço entre as morbidades presentes no ciclo gravídico-puerperal, podendo causar gravidez ectópica, abortos, natimortos, nascimentos pré-termos, infecções congênitas e perinatais, e infecções puerperais (SIMÕES e GIRALDO, 1998; JALIL et al., 2008). Fazem parte deste grupo a sífilis, a herpes genital, o condiloma acuminado, o linfogranuloma venéreo, a donovanose, a candidíase, a tricomoníase, a cervicite mucopulenta, a vaginose bacteriana, a hepatite B e HIV.

Almeida et al. (2006), realizaram um estudo retrospectivo com o objetivo de descrever os casos de sífilis congênita atendidos em Hospital Universitário de São Luís-MA, a partir da coleta de dados da ficha de notificação compulsória e de prontuários de 184 mães atendidas no período de 2003 a 2005, e constataram que das mães com o diagnóstico de sífilis adquirida, 185 casos desenvolveram a sífilis congênita (destes, houve um caso de gêmeos). Nesse estudo, verificou-se ainda que as manifestações clínicas mais frequentes no recém-nascido foram o nascimento pré-termo, icterícia, hepatomegalias e lesões cutâneas.

c) Toxoplasmose: é uma zoonose causada pelo *Toxoplasma gondii*, que possui dois hospedeiros em seu ciclo de vida, o gato, o hospedeiro definitivo, e o homem, mamíferos e aves, os hospedeiros intermediários (SANTANA et al., 2003).

De acordo com Santana et al. (2003) e Frenckel (2002), as formas de transmissão da toxoplasmose são as mais variadas, ocorrendo desde a ingestão de oocistos encontrados na terra, areia e nos alimentos, de cistos teciduais localizados nas carnes cruas

e mal cozidas de porco, carneiro e bovina, e ou por via transplacentária. Tem ocorrência mundial e na gravidez pode causar o nascimento pré-termo, baixo peso, estrabismo, icterícia e hepatomegalia (SANTANA et al., 2003).

No Brasil, existem vários estudos sobre prevalência de gestantes soropositivas para anti-*Toxoplasma gondii*, como no estado do Rio de Janeiro, com 77,1%, em Pernambuco, com 69,4% e no Mato Grosso do Sul, com 0,42% (MEIRELES, 1985; NÓBREGA, 1999; FIGUEIRÓ-FILHO, 2005; BRASIL, 2010) demonstrando que elas variam de uma região para outra.

d) Rubéola: causada pelo vírus RNA, na gestante pode causar o aborto e a síndrome da rubéola congênita (SRC). Em média 70% das mulheres em idade fértil são imune ao vírus RNA, portanto, não contraem à doença, porém 30% delas têm a suscetibilidade de desenvolver a síndrome (FIGUEREDO et al., 2007).

A taxa de ocorrência da SRC nos dois primeiros meses de gestação varia de 40% a 60%, caindo para 10% a 24% no segundo trimestre, sendo praticamente nula após a 20ª semana de gestação (STEIBEL et al., 2006; SANTIS et al., 2006). Estima-se que ocorram mais de 100.000 casos de SRC por ano nos países em desenvolvimento. Cada caso de SRC representa um alto custo social e econômico pelas graves sequelas causadas pelo vírus; sendo que os países que usaram a vacina para o controle da infecção diminuíram de maneira drástica a incidência desta doença (STEIBEL et al., 2006).

A SRC caracteriza-se por causar múltiplas deformidades no feto, pode desencadear o nascimento pré-termo e o baixo peso ao nascer além do que é uma importante causa de alterações visuais, auditivas e mentais no recém-nascido (QUEIROZ-ANDRADE et al., 2006).

As morbidades não infecciosas mais comuns no ciclo gravídico puerperal são:

a) Diabetes gestacional: condição clínica que na gravidez provoca um maior risco materno-fetal, está associado à ocorrência de nascimentos pré-termos, parto cesariana, de evolução para diabetes tipo 2, enquanto que no feto ocorre maior risco de macrossomia, hiperinsulinemia e obesidade ao longo da vida. Acomete frequentemente as mulheres com antecedente familiar, mas pode aparecer também em decorrência de ganho excessivo de peso durante a gestação. Isso faz com que o bebê apresente uma curva de crescimento acima da média ou pode aumentar o líquido amniótico (CABRAL et al., 2011).

b) Hipertensão na gestação: tem elevada incidência, é responsável por altas taxas de morbimortalidade materna e neonatal, estando em primeiro lugar entre as enfermidades presentes no ciclo gravídico-puerperal (CHAIM et al., 2008).

O conceito de hipertensão na gestação é quando os valores absolutos da pressão arterial (PA) sistólica são iguais ou > 140 mmHg e/ou na diastólica > 90 mmHg, onde a PA diastólica deve ser identificada pela fase V de Korotkoff (CABRAL et al., 2011).

Para Chaim et al. (2008) a hipertensão induzida pela gravidez, é uma classificação comum das doenças hipertensivas durante a gestação, que compreendem a hipertensão gestacional (hipertensão sem proteinúria), a pré-eclâmpsia (hipertensão com proteinúria) e a eclâmpsia (pré-eclâmpsia com convulsões).

A pré-eclâmpsia é ainda a principal causa de morte materna. No Brasil, representa 37% dos óbitos maternos, e a sua prevalência é de 6% a 9% das gestações, dependendo da etnia. O recém-nascido da gestante com pré-eclâmpsia está mais propenso a apresentar a síndrome do desconforto respiratório e o retardo de crescimento intra-uterino (FRANCO, 2008).

c) Anemia: na gestação há um aumento de 20% no volume de sangue circulante sem haver um acréscimo de glóbulos vermelhos. Isso pode interferir no crescimento do bebê e causar tontura, formigamento e dor de cabeça na gestante. O pré-natal deve monitorar com frequência os índices de glóbulos vermelhos e caso seja constatada a doença, o tratamento pode ser feito por meio de uma dieta alimentar rica em ferro como carne, verduras escuras e cruas, lentilha, feijão, ou vitaminas específicas indicadas pelo médico ou enfermeiro que acompanha o pré-natal (BATISTA et al., 2008).

Frequentemente as alterações hematológicas são negligenciadas, deixando de ser diagnosticadas e tratadas adequadamente (MOURA e PEDROZA, 2003). No Brasil a prevalência da anemia em gestantes gira em torno de 30 a 40%; em mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos), a prevalência encontrada pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde foi de 30%, com importante diferença entre as regiões brasileiras (BATISTA et al., 2008).

A anemia em gestantes está também entre as enfermidades que causam sérios efeitos deletérios à saúde da gestante e do seu conceito e sua ocorrência tem sido associada com maior taxa de mortalidade materna e perinatal, maior risco de nascimentos

pré-termos e baixo peso ao nascer e recém-nascidos com reservas de ferro abaixo do normal (FUJIMORE et al., 2009).

d) Distúrbios da tireóide: esse problema pode ser causado por excesso (hipertireoidismo) ou pela diminuição do hormônio tireoidiano (hipotireoidismo). O tratamento é simples e medicamentoso para controlar os índices do hormônio produzido pela glândula e não oferece riscos para a mãe ou bebê. O acompanhamento paralelo do endocrinologista é recomendado durante o pré-natal (BRASIL, 2010).

3.3 NASCIMENTO PRÉ-TERMO

Várias são as morbidades infecciosas e não infecciosas que presentes no ciclo gravídico-puerperal, além de causar sérios danos à saúde do binômio mãe-filho, são apontadas como fatores associados para o nascimento pré-termo, isto porque elas podem desencadear um processo inflamatório na mãe e nos tecidos fetais as quais levam à uma produção excessiva de prostaglandinas, que causa um aumento da contratilidade uterina, ruptura da membrana fetal e, conseqüentemente, o parto pré-termo (SCANNAPIECO et al., 2003; PIZZO et al., 2005; XIONG et al., 2006; PRETORIUS et al., 2007).

O nascimento pré-termo é definido como aquele cuja gestação termina entre a 20^a e a 37^a semanas ou entre 140 e 257 dias após o primeiro dia da última menstruação e constitui a principal causa de morbimortalidade no período perinatal (RAMOS et al. 2001; MATTISON *et al.*, 2001; KRAMER, 2003).

Estima-se que, anualmente, no mundo, 13 milhões de crianças nasçam de partos pré-termos (SILVA, 2009a); em países desenvolvidos como a França a prevalência é de 6%, nos Estados Unidos varia entre 12 e 13% (OVALLE et al., 2012), enquanto que em países em desenvolvimento, como o Brasil, a prevalência é de aproximadamente 7% variando de acordo com a região (MEDEIROS, 2005); sendo que em regiões menos favorecidas como o nordeste brasileiro, estados como o Maranhão apresentam índices de partos pré-termos de 12% (ARAGÃO et al., 2004).

O nascimento pré-termo é decorrente das mais variadas e imprevisíveis circunstâncias, podendo acontecer em todas as classes sociais e em qualquer lugar do mundo; sua ocorrência leva às famílias e à sociedade um custo social e financeiro de valor

incalculável e exige das instituições assistenciais certa competência no atendimento e estrutura em equipamentos nem sempre disponíveis. Ela modifica diretamente a estrutura familiar alterando as expectativas e anseios que permeiam o nascimento de um filho (RAMOS e CUMAN, 2009).

Além das morbidades, vários outros fatores são apontados como responsáveis pelo desencadeamento do parto pré-termo: o peso da mãe, a etnia/raça, a escolaridade, as baixas condições socioeconômicas, a história obstétrica anterior e os cuidados pré-natais. No entanto, esses fatores de risco clássicos são responsabilizados por apenas 1/3 dos nascimentos pré-termos, muitos casos tem etiologia desconhecida (KRAMER et al., 2003).

Segundo Rades et al. (2004), apesar dos avanços da perinatologia nos últimos anos, o nascimentos com menos de 37 semanas gestacionais que caracteriza o nascimento pré-termo, continua sendo a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal. Ele pode ser classificado, segundo a sua evolução clínica, em nascimento pré-termo eletivo ou espontâneo. Quando acontece de forma eletiva, a gestação é interrompida em função de complicações maternas (por exemplo, doença hipertensiva) e/ou fetais (por exemplo, o sofrimento fetal), o fator de risco é geralmente identificado e corresponde a 25% dos nascimentos pré-termos. Quando o nascimento pré-termo acontece de forma espontânea, sua etiologia é complexa e composta por vários fatores ou desconhecida, representa 75% dos casos (BITTAR et al., 2009).

A incidência do nascimento pré-termo tem se elevado nos últimos anos, com exceção de alguns países desenvolvidos, como a França. Apesar da etiologia multifatorial e da dificuldade para a prevenção primária do nascimento pré-termo espontâneo, as medidas adotadas para a sua prevenção secundária parecem ter colaborado para o controle de sua incidência em alguns países. Por outro lado, a taxa do parto prematuro eletivo tem aumentado mesmo em locais, aonde a prevalência do nascimento pré-termo espontâneo vem se mantendo constante ou até mesmo tem diminuído (RADES et al, 2004; BITTAR et al., 2009).

Segundo Ovalle et al. (2012), alguns fatores têm sido relacionados com o aumento dos nascimentos prematuros como, por exemplo, as novas tecnologias de fertilização, com o conseqüente aumento no número de nascimentos gemelares, o crescimento do número de gestações em mulheres acima dos 35 anos e o aumento das indicações médicas, motivadas pelo maior emprego da tecnologia no acompanhamento da gestação.

O nascimento que antecede 37 semanas de gestação contribui com 28% da taxa de mortalidade em crianças menores de cinco anos, sendo a principal causa de morte nesta faixa etária (SALGE, 2009). As crianças que nascem pré-termos têm as maiores taxas de paralisia cerebral, deficiências sensoriais, dificuldades de aprendizagem e de doenças respiratórias em comparação com crianças nascidas a termo (OVALLE et al., 2012).

As graves sequelas deixadas na mulher e no recém-nascido por essas morbidades e/ou pelo nascimento pré-termo, na maioria das vezes se estendem até mais tarde na vida, o que conseqüentemente gera enormes custos físicos, psicológicos e econômicos. Estima-se que, os custos para os Estados Unidos da América só em termos de gastos médicos e de educação e perda de produtividade relacionados ao nascimento pré-termo foram de mais de 26,2 bilhões dólares no ano de 2005 (BITTAR et al., 2009). Portanto, trata-se de um grave problema de saúde pública que merece atenção especial.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Estudo transversal analítico, sendo, parte integrante do projeto de pesquisa intitulado “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimento em duas cidades brasileiras” – BRISA (Brazilian Birth Cohort Studies in Ribeirão Preto e São Luís), o qual foi financiado pelo CNPq, FAPEMA e FAPESP.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido em São Luís, capital do Estado do Maranhão, situada numa ilha localizada no litoral norte do Estado (Figura 1); é uma capital pertencente à região nordeste do Brasil. Possui uma área total de 827 km². Último IDH publicado foi de 0,778, considerado o melhor do Estado e o 1109º no Brasil (PNUD, 2000). Localiza-se em uma das regiões mais pobres do país, onde apenas 22,4% das residências são ligadas à rede de esgotos e 68,3% recebem água encanada segundo IBGE. Sua atividade econômica está ligada à siderurgia do alumínio, exportação de minério da serra de Carajás e da produção estadual da soja, além de comércio e serviços, sendo que este último é o responsável pelo maior PIB da capital. A população em 2010 era de 1.014.837 habitantes segundo o último censo (IBGE, 2011).

Figura 1 - Localização da cidade de São Luís-MA.



Fonte: Google.

A pesquisa foi realizada em maternidades de São Luís selecionadas após levantamento de dados registrados no Sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC) no ano de 2004, quando foram registrados 18.126 nascimentos de residentes no município de São Luís distribuídos em 16 unidades de saúde.

Após esse levantamento foram excluídas da pesquisa aquelas unidades hospitalares com menos de 100 partos por ano (correspondendo a 3,3% de todos os partos hospitalares da cidade de São Luís). Portanto, participaram da pesquisa todas as maternidades públicas e privadas do município que registraram em 2004, 100 partos ou mais por ano. As maternidades incluídas no estudo, num total de 10 unidades foram:

- ✓ Maternidades Filantrópicas: Santa Casa de Misericórdia, Maternidade Nossa Senhora da Penha;
- ✓ Maternidades Particulares: Clínica São Marcos, Clínica Luiza Coelho, Hospital Aliança e Clínica São José;
- ✓ Maternidades Estaduais: Maternidade Benedito Leite, Maternidade Marly Sarney;
- ✓ Maternidade Municipal: Maternidade Maria do Amparo;
- ✓ Maternidade Federal: Hospital Universitário Unidade Materno Infantil.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA

A população do estudo foi composta por todas as gestantes que tiveram partos hospitalares em São Luís nas unidades de saúde selecionadas para a pesquisa em 2010. Consideram-se partos a expulsão do feto (por parto normal ou cesariano) após a 20ª semana gestacional ou peso fetal acima de 500g.

O tamanho da amostra foi calculado com base no número de nascimentos hospitalares ocorrido em São Luís no ano de 2004, o qual representava 98% de todos os nascimentos ocorridos em São Luís, o que garantia uma amostra representativa da população. O tamanho mínimo da amostra foi fixado em 5000 nascimentos. Com este tamanho de amostra, é possível a estimativa de prevalências por volta de 50% (produto máximo de pxq) com uma precisão de 2% e nível de confiança de 99%. Será também possível comparar duas proporções, considerando probabilidade de erro tipo I de 5%, o

poder do estudo de 80%, trabalhando com o produto máximo de pxq (proporção do evento de 50%) e fixando em 4% a diferença mínima a ser detectada como significante.

A amostra do estudo foi estratificada por maternidade com quota proporcional ao número de partos e na maternidade ela foi sistemática. Foi realizada uma listagem de todos os nascimentos ocorridos em cada unidade hospitalar por ordem de nascimento, sendo excluídos os partos múltiplos e natimortos para este estudo. No primeiro dia foi sorteado um início casual entre 1 e 3 partos para cada maternidade.

O valor do intervalo amostral foi 3, porque o estudo queria analisar 1/3 de todos os nascimentos ocorridos em 2010 o que seria aproximadamente 6.000 segundo os dados do levantamento do SINASC. Somando-se o início casual ao valor do intervalo amostral e assim sucessivamente foram sorteadas de forma aleatória todos os nascimentos da pesquisa.

A idade gestacional foi calculada com base na data da última menstruação relatada pela mãe, em dia, mês e ano. Quando a mãe só recordava o mês e o ano, o dia 15 foi adotado como o primeiro dia do último ciclo. Foi utilizado como ponto de corte a 20^a semana como idade gestacional mínima e 42^a semana como máxima. Não foi avaliada a ultrassonografia para fins de cálculo da idade gestacional, pelo fato de muitas mulheres não realizarem o exame e quando o fazem, nem sempre é a melhor época para avaliação do tempo de gestação. Outra forma de avaliar este seria com o exame clínico do RN, mas também não foi utilizado pela falta de anotação no prontuário em grande parte dos nascimentos, pois em São Luís nem sempre o pediatra se encontrava na sala de parto, tendo o RN os primeiros cuidados prestados por enfermeiros ou outra categoria profissional, além de ter baixa reprodutibilidade para avaliação da idade gestacional.

Os casos com idade gestacional implausível (menor de 20 e maior de 42 semanas) foram excluídos. A data ou o mês da última menstruação não estavam disponíveis em 340 entrevistas, equivalendo a 6,7% do total da amostra. Foi realizada também exclusão dos casos com IG incompatível com o peso ao nascer (acima do P 99 da referência de CUNNINGHAM et al, 2012), totalizando 99 casos, que pela DUM seriam pré-termo. Ao final, foi realizado o procedimento de imputação em modelo de regressão para estimar a IG a partir do peso de nascimento, paridade, tercil de renda per capita e sexo do bebê. Um total de 439 casos foi imputado, sendo 125 como pré-termo e 314 como nascimento a termo.

4.4 COLETA DE DADOS

Os dados das gestantes foram coletados por entrevistadores constituídos por alunos e graduados da área de saúde previamente treinados, subdivididos em grupos para cada unidade hospitalar, sendo as gestantes entrevistadas sempre nas primeiras 24 horas do pós-parto.

Foi realizado um estudo piloto com todas as etapas da pesquisa (cadastro do nascimento, apresentação do entrevistador, realização das entrevistas, codificação dos questionários, digitação e processamentos dos dados) em todas as unidades hospitalares por 24 horas para checagem e ajustes técnicos da pesquisa.

A verificação dos partos ocorreu por turnos, normalmente das 6:00h da tarde às 6:00h da manhã, para o primeiro turno, das 6:00h da manhã às 6:00h da tarde, para o 2º turno. Cada maternidade pesquisada possuía um número causal de início (número sorteado de 1 a 3) com intervalo de amostragem de 3, isto é, uma em cada três mulheres eram entrevistadas.

A coleta de dados foi realizada todos os dias durante um ano, de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2010, em todas as maternidades do município que atenderam aos critérios de inclusão. O primeiro parto registrado ocorreu às 00:00h de 01 de janeiro de 2010 e o último, ocorreu às 00:00h do dia 31 de dezembro de 2010 em todas as maternidades participantes da pesquisa.

Todas as gestantes receberam informações detalhadas sobre os objetivos do estudo, logo após assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) e só assim a entrevista era iniciada. Os entrevistadores foram orientados a ler sempre as questões, ao invés de formulá-las a sua própria maneira, para garantir a uniformidade das perguntas e também não era permitida a entrega do questionário à gestante para ela própria ler e responder. Quando a gestante recebia alta hospitalar precoce, o entrevistador, após contato com a mesma realizava a entrevista no domicílio, isso levou o estudo a algumas perdas.

4.5 VARIÁVEIS ESTUDADAS

Do questionário da coorte do nascimento (Anexo B), foram utilizadas as seguintes variáveis para o presente estudo: dados socioeconômicos, morbidades e características da gestação atual.

Considerou-se como variável dependente o nascimento pré-termo (aquele que ocorre antes das 37 semanas gestacionais) e variáveis independentes as morbidades presentes em gestantes durante o ciclo gravídico puerperal atual (Hipertensão; nível elevado de açúcar no sangue/diabetes; rubéola; anemia; toxoplasmose; sífilis; infecção urinária) e as características socioeconômicas (idade da puérpera/em anos completos – menor de 20 anos, entre 20 e 34 anos, idade igual ou maior que 35 anos; escolaridade materna/em anos de frequência à escola; cor referida pela puérpera; situação conjugal da mãe; número de pessoas residentes no domicílio; renda familiar/expresso em salários mínimos mensais; classe social/definida segundo o critério de Classificação Econômica Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2013) categorizadas em classe A /renda média familiar entre R\$ 8.418 e R\$ 12.926, classe B/renda média familiar entre R\$ 2.565 e R\$ 4.418, classe C/renda média familiar entre R\$ 1.024 e R\$ 1.541, classe D/renda média familiar de R\$ 714 e classe E/renda média familiar no valor de R\$ 477).

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi realizada no software Stata 10.0. Inicialmente foi feito a análise descritiva. Foi aplicado o teste do Qui-quadrado para verificar associação entre as variáveis independentes e o parto pré-termo adotando-se um nível de significância de 5%.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa principal foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário- UFMA sob parecer substanciado nº 223/2009 (Anexo C). As entrevistadas foram convidadas a participarem da pesquisa e ao concordarem assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

5 RESULTADOS

Dos 5.161 nascimentos ocorridos em 2010 houve uma perda de 5,8% por recusa e alta precoce das mães, e foram excluídos os partos múltiplos (50 casos de gêmeares) e natimortos (50 casos) totalizando amostra final em 5.064 nascimentos.

Dentre as gestantes participantes, a maioria tinha idade entre 20 e 34 anos (73,66%), com 9 a 11 anos de estudo (58,24%), eram pardas/mulatas/caboclas (67,53%), viviam em união consensual (59,17%), referiram conviver com 1 a 4 pessoas em seus domicílios (68,65%), viviam com menos de dois salários mínimo mensal (24,25%), e pertenciam à classe social C (50,61%), conforme demonstra a tabela 1.

Tabela 1 - Características socioeconômicas das gestantes de São Luís-MA, 2010.

| VARIAVÉIS | n | % |
|--|--------------|---------------|
| Idade (anos) | | |
| < 20 | 945 | 18,66 |
| 20 - 34 | 3.730 | 73,66 |
| ≥ 35 | 389 | 7,68 |
| Escolaridade (anos de estudo) | | |
| Sem estudo | 26 | 0,51 |
| 1- 4 | 203 | 4,03 |
| 5 - 8 | 1.129 | 22,30 |
| 9 – 11 | 2.934 | 57,93 |
| ≥ 12 | 758 | 14,96 |
| Não informado | 14 | 0,27 |
| Cor referida | | |
| Branca | 932 | 18,40 |
| Negra | 641 | 12,65 |
| Parda/mulata/cabloca | 3.419 | 67,53 |
| Indígena | 72 | 1,42 |
| Situação conjugal | | |
| Casada | 1.104 | 21,80 |
| União consensual | 2.996 | 59,17 |
| Sem companheiro | 964 | 19,03 |
| Número de pessoas por domicílio | | |
| 1 a 4 | 3.476 | 68,65 |
| ≥ 5 | 1.588 | 31,35 |
| Renda familiar (salários mínimos) | | |
| Até 1 | 737 | 14,55 |
| > 1 e < 2 | 1.226 | 24,25 |
| ≥ 2 e < 3 | 811 | 16,01 |
| ≥ 3 e < 5 | 636 | 12,55 |
| ≥ 5 e < 10 | 482 | 9,51 |
| ≥ 10 | 259 | 5,11 |
| Não Sabe | 913 | 18,02 |
| Classe Social | | |
| A | 143 | 2,82 |
| B | 770 | 15,20 |
| C | 2.562 | 50,61 |
| D | 1.097 | 21,66 |
| E | 190 | 3,75 |
| Ignorado | 302 | 5,96 |
| Total | 5.064 | 100,00 |

As morbidades na gravidez em São Luís/MA que tiveram maiores prevalência foram anemia (47,06%), infecção urinária (26,17%) e hipertensão (16,34%), conforme demonstra a tabela 2.

Tabela 2 - Prevalência de morbidades em gestantes de São Luís-MA, 2010.

| Morbidades na gestação | n | % |
|-------------------------------|--------------|---------------|
| Hipertensão | | |
| Sim | 827 | 16,34 |
| Não | 4.235 | 83,63 |
| Sem informação | 02 | 0,03 |
| Diabetes | | |
| Sim | 106 | 2,10 |
| Não | 4.952 | 97,79 |
| Sem informação | 06 | 0,11 |
| Anemia | | |
| Sim | 2.378 | 46,96 |
| Não | 2.675 | 52,83 |
| Sem informação | 11 | 0,21 |
| Infecção Urinária | | |
| Sim | 1.323 | 26,12 |
| Não | 3.733 | 73,73 |
| Sem informação | 08 | 0,15 |
| Toxoplasmose | | |
| Sim | 39 | 0,77 |
| Não | 5.017 | 99,08 |
| Sem informação | 08 | 0,15 |
| Sífilis | | |
| Sim | 33 | 0,65 |
| Não | 5.028 | 99,30 |
| Sem informação | 03 | 0,05 |
| Rubéola | | |
| Sim | 03 | 0,05 |
| Não | 5.060 | 99,94 |
| Sem informação | 01 | 0,01 |
| Total | 5.064 | 100,00 |

Analisando a associação entre morbidades e o nascimento pré-termo observou-se que somente a hipertensão apresentou associação ($p < 0,001$) com o nascimento pré-termo. Convém ressaltar que a rubéola por apresentar uma baixa frequência de casos (03) não foi possível verificar a existência de associação. A prevalência de partos pré-termos encontrada neste estudo foi de 13,39% (Tabela 3).

Tabela 3 – Associação entre as morbidades em gestantes e o nascimento pré-termo em São Luís-MA, 2010.

| Morbidades na gestação | Pré-Termo | | | | p valor | Intervalo de confiança (95%) |
|--------------------------|-----------|-------|-------|-------|---------|------------------------------|
| | Sim | | Não | | | |
| | n | % | n | % | | |
| Hipertensão | | | | | | |
| Sim | 147 | 17,78 | 680 | 82,22 | 0,001 | 0,47-0,72 |
| Não | 486 | 11,48 | 3.749 | 88,52 | | |
| Diabetes | | | | | | |
| Sim | 18 | 16,98 | 88 | 83,02 | 0,131 | 0,39-1,10 |
| Não | 616 | 12,44 | 4.336 | 87,56 | | |
| Anemia | | | | | | |
| Sim | 286 | 12,03 | 2.092 | 87,97 | 0,334 | 0,91-1,28 |
| Não | 348 | 13,01 | 2.327 | 86,99 | | |
| Toxoplasmose | | | | | | |
| Sim | 02 | 5,13 | 37 | 94,87 | 0,138 | 0,61-10,57 |
| Não | 632 | 12,60 | 4.385 | 87,40 | | |
| Sifilis | | | | | | |
| Sim | 04 | 12,12 | 29 | 87,88 | 0,982 | 0,34-2,81 |
| Não | 629 | 12,51 | 4.399 | 87,49 | | |
| Infecção urinária | | | | | | |
| Sim | 146 | 11,04 | 1.177 | 88,96 | 0,060 | 0,98-1,47 |
| Não | 487 | 13,05 | 3.246 | 86,95 | | |

6 DISCUSSÃO

As gestantes de São Luís/MA são, predominantemente, adultas jovens, pardas, vivem em união consensual e de baixa renda familiar com até três salários mínimos. Portanto, pertencentes às classes sociais C, D e E. Estas classes sociais são consideradas as menos favorecidas, com ambientes familiares desfavoráveis, precisando de cuidados, acompanhamento, orientações, alimentação e apoio psicológico especial, corroborando assim com outros estudos que referem a baixa condição socioeconômica como fator de risco à presença de morbidades em gestantes (CABRAL et al., 2009).

Dados semelhantes foram encontrados por Melo e Alves (2012), que identificaram a maioria das puérperas soropositivas para sífilis de cor parda, tinham ensino médio incompleto e conviviam em união estável. Por outro lado, discordam de outros estudos que encontraram gestantes portadoras de morbidade, na maioria, negras, com baixa escolaridade e em união conjugal não estável (CABRAL et al., 2009; CESAR et al., 2009, SILVA, 2009a).

Encontramos entre as gestantes menos que 1% sem escolaridade, a maioria tinha entre 9 e 11 anos de estudo, equivalente ao antigo ensino médio e atual ensino fundamental completo e/ou ensino médio incompleto. Por outro lado, encontramos uma frequência elevada de algumas morbidades em gestantes mesmo com um bom nível de escolaridade. O que nos faz refletir sobre a qualidade do ensino oferecida à estas gestantes; por que mesmo com vários anos de estudo foi alta a prevalência de algumas morbidades? Será que essas gestantes não têm informação? Não recebem orientações de educação em saúde durante as suas consultas de pré-natal? Se recebem, não as compreendem? Por quê? Será que mesmo com anos de estudo, elas têm baixo grau de entendimento?

A baixa escolaridade tem sido apontada, como um indicador de risco no que se refere à saúde e à nutrição da população, sendo considerada pelo Ministério da Saúde como um fator de risco obstétrico (SPINDOLA et al., 2006).

Entende-se que o indivíduo com maior tempo de estudo tem melhores oportunidades de emprego, compreende melhor os problemas relacionados com a sua qualidade de vida e conseqüentemente pode prevenir situações danosas à sua saúde (NEUMAN et al., 2000; MONTEIRO et al., 2000); acontecimento este que não se confirmou no presente estudo.

Esta pesquisa foi constituída por mais da metade de adultos jovens, entre 20 e 34 anos de idade, corroborando com a maioria dos estudos encontrados (ALMEIDA et al., 2006; CHAIM et al., 2008; TAVARES et al., 2012; FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2005).

As gestantes adolescentes entraram no grupo abaixo de 20 anos, e correspondeu a 18,66%, ou seja, foi alta a prevalência de gestantes abaixo de vinte anos. Segundo Goldenber et al. (2005) a gravidez na adolescência é fator de maior concentração de agravos à saúde materna, bem como de complicações perinatais, como o baixo ganho de peso materno, a desproporção cefalopélvica, pré-eclampsia, o nascimento pré-termo e baixo peso ao nascer. Dessa forma, é necessário reforçar as atividades voltadas à educação em saúde, como planejamento familiar, entre outras necessárias à essa fase de idade.

As morbidades na gravidez em São Luís/MA revelou elevada prevalência para a hipertensão, anemia e infecção urinária, morbidades estas que podem estar associadas aos hábitos alimentares e ao estilo de vida dessas gestantes.

Quanto à prevalência da hipertensão arterial, encontra-se menor ou elevada (16,34%) quando comparada à outros estudos. Encontrou-se índices elevados da prevalência da hipertensão arterial em gestantes quando comparados a dados encontrados nos Estados Unidos da América (EUA), onde observou-se que dos 10% dos 75 mil partos ocorridos no Parkland Hospital foi diagnosticada hipertensão induzida ou agravada pela gestação (CUNNINGHAM et al., 2000). No Brasil, foi constatada frequência de 10,3% na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (OLIVEIRA et al., 2006) e de 13,9% em São Paulo (CHAIM et al., 2008).

A hipertensão foi a única morbidade, dentre as investigadas, que teve associação com o nascimento pré-termo ($P < 0,001$), corroborando assim com outros estudos epidemiológicos (COELLI et al., 2011; RADES et al., 2004; ARAÚJO et al., 2012; CHAIM et al., 2008; OVALLE et al., 2012).

Segundo Melo (2009), o conhecimento deficitário e a falta de assistência à gestantes com hipertensão arterial ou em pré-eclâmpsia podem levar ao óbito, o que conseqüentemente, faz dessa doença uma das mais responsáveis pela mortalidade materna em países da América Latina e Caribe, incluindo o Brasil.

Rades et al. (2004) constataram que as síndromes hipertensivas na gestação são responsáveis por 21,2% das causas diretas mais comuns de nascimento pré-termo. Já

Chaim et al. (2008) em estudo realizado em uma maternidade pública na cidade de São Paulo, constataram que o maior percentual (17,9%) dos RN pré-termos ocorreram entre as gestantes com pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 110 mmHg ($p=0,013$) e no estudo de Ovalle et al. (2012) a hipertensão estava presente em 94 dos 127 partos prematuros clinicamente indicados.

A hipertensão gestacional é uma enfermidade que muito comumente leva a interrupção da gestação ainda que prematuramente, o Ministério da Saúde refere que a antecipação do parto é o único tratamento definitivo para a pré-eclâmpsia e as indicações maternas para este procedimento variam conforme o aumento persistente da pressão arterial aos níveis de gravidade, a presença de cefaléia grave e distúrbios visuais persistentes, suspeita ou comprometimento da vitalidade fetal e deterioração progressiva da função hepática e renal (BRASIL, 2009a).

Nesse sentido, considerando a hipertensão na gestação como um fator de risco à interrupção do parto, é de se esperar que em São Luís por haver uma alta prevalência de gestantes hipertensas haverá uma prevalência elevada de nascimento pré-termo, justamente pela necessidade da antecipação do parto como única forma de tratamento da pré-eclâmpsia. No entanto, encontrou-se uma prevalência de nascimento pré-termo muito elevada em São Luís (13,39%), acima inclusive da média nacional e sabe-se também que existem outras possíveis causas do nascimento pré-termo, as quais não foram investigadas no presente estudo.

A pesquisa realizada em São Luis-MA, por Aragão et al. (2004), identificaram uma taxa de nascimento pré-termo de 12%, o que demonstra que o número de nascimentos pré-termo tem aumentado no município, acreditasse que seja devido à elevada prevalência de hipertensão encontrada no estudo dentre outros motivos que possam estar relacionados. Corroborando assim com Ovalle et al. (2012) que referem que a taxa de nascimentos pré-termos tem crescido devido ao aumento de partos induzidos com medicamentos, especialmente pela pré-eclâmpsia e também devido às gravidez múltiplas concebidas após tratamentos. Isto merece especial atenção, tendo em vista que mundialmente nascem aproximadamente 13 milhões de pré-termos (10% dos nascimentos) diariamente (BECK et al., 2010).

Segundo Bittar et al. (2009), os nascimentos pré-termos na população brasileira têm se mantido constante nos últimos anos, com média de 6,6%, sendo variáveis de Estado

para Estado, podendo atingir taxas de até 9% e com tendência à elevação em algumas metrópoles, o município de São Luís pode ser um exemplo.

No presente estudo não foi investigado se os nascimentos pré-termos foram espontâneos ou medicamente induzidos. Considerando que a hipertensão na gestação foi a única morbidade associada ao nascimento pré-termo, ressalta-se aqui a importância de uma assistência de pré-natal adequada na prevenção, no controle e no tratamento da hipertensão, e sugere-se continuar a busca por outras causas do nascimento pré-termo em São Luís, bem como das causas da alta prevalência de hipertensão em gestantes.

Sabe-se que quanto mais precoce o diagnóstico da hipertensão arterial somado a intervenção em momento oportuno, maiores são as chances de se conduzir uma gravidez sem problemas para a saúde da mãe e de seu concepto (CUNNINGHAM et al., 2000).

Neste estudo não foi avaliado a assistência pré-natal recebida por essas gestantes, bem como não houve uma investigação com relação ao seu conhecimento sobre as medidas utilizadas ou não para se evitar a hipertensão gestacional, ou mesmo a forma correta de alimentar-se durante a gestação e/ou prática de atividade física, entre outras orientações de educação em saúde. Fato, que não nos possibilita inferir ou mesmo sugerir o que pode estar causando esta elevada prevalência de hipertensão nas gestantes de São Luís-MA.

Também não foi possível obter informações sobre a presença de pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou apenas pressão arterial elevada na gestação, uma vez que na coleta de dados, perguntou-se somente se as gestantes apresentavam pressão alta na gestação atual.

Contudo, vários aspectos fazem com que o estudo da hipertensão arterial na gestação seja mais aprofundado. Oliveira (2001), diz que a hipertensão arterial na gravidez, é a intercorrência clínica mais comum durante a gestação, com elevada prevalência e incidência, no entanto, tem-se observado pela literatura que a produção científica da área médica, nacional e internacional, a respeito desta é extensa, mas, o mesmo não ocorre na área da enfermagem.

Ainda que os profissionais de saúde orientem as gestantes quanto à prevenção, diagnóstico e tratamento da hipertensão, ainda assim é necessário investigar e orientar outras práticas como a alimentação, a realização de atividades físicas, histórico familiar, uso de sal na alimentação, entre outros.

O profissional da enfermagem desempenha um papel importante na educação e promoção da saúde durante o pré-natal, no que diz respeito à alimentação e mudança de estilo de vida das gestantes, tal função pode repercutir positivamente na redução das morbidades investigadas as quais possuem fatores associados a hábitos alimentares, estilo de vida, entre outros.

Segundo Amaral et al. (2011), ensinar fortalece o vínculo entre o enfermeiro e a população, desenvolvendo ações verdadeiras, direcionadas às reais necessidades da comunidade. Segundo eles a atuação do enfermeiro como educador é extremamente importante, pois este possui uma formação que o possibilita entender individualmente cada pessoa e por assumir importante papel como membro essencial da equipe, pois além da função de coordenar, pratica atividades como o cuidar, o gerenciar e o educar. Desta forma, o enfermeiro pode contribuir na prevenção e tratamento das morbidades comuns na gravidez por meio da educação em saúde.

Vale ressaltar que as gestantes são mulheres educadoras de seus filhos e estabelece com estes diálogos e aconselhamentos à respeito dos comportamentos apropriados, inclusive, os relacionados à saúde e bem estar. Portanto, uma gestante bem orientada, que tenha participado das atividades de educação em saúde durante as consultas pré-natal, por exemplo, poderá ser uma importante fonte de informação aos demais membros da família, sobretudo, aos seus filhos.

A anemia é outro problema comum durante a gestação, e dependendo da gravidade pode ter efeito danoso para a mãe e para o feto, por isso é necessário a prevenção e tratamento eficaz (SOUZA et al., 2002).

A prevalência de anemia foi superior à proporção de 30 a 40% estimada para gestantes no Brasil (BATISTA, 2008), porém não apresentou associação com o nascimento pré-termo. A África apresenta a maior prevalência de anemia entre as gestantes (55,8%), seguida da Ásia (41,6%), América Latina/Caribe (31,1%), Oceania (30,4%), Europa (18,7%) e América do Norte (6,1%) (WHO, 2007).

Contudo, de acordo com o estudo de Côrtes et al. (2009), sobre os artigos produzidos nos últimos 40 anos referentes à prevalência de anemia na população de gestantes no Brasil, é difícil estimar com precisão a prevalência de anemia em gestantes no País, pois a maioria das pesquisas são escassas e centralizadas em determinadas regiões, principalmente nos estados de São Paulo e Pernambuco. Além disso, cada estudo por ele analisado utilizou uma metodologia própria ou diferente, inclusive admitindo outros pontos

de corte para a classificação, dificultando a comparação de dados. Ele afirma ainda que há uma baixa representatividade dos artigos relativos à anemia na gestação encontrados no Brasil e mesmo em outros países.

As experiências brasileiras, ao longo das últimas décadas, apresentam resultados variáveis e discordantes na prevalência de anemia em gestantes, até mesmo quando são utilizados os mesmos métodos nas mesmas regiões. Na análise realizada por Côrtes et al. (2009) foram encontradas prevalências de anemia no primeiro trimestre variando de 3,6% a 23,9%.

São Luís tem IDH de 0,778, apresenta condições precárias de saneamento básico e condições socioeconômicas desfavoráveis à maior parte da população, o que poderá influenciar na alta prevalência de anemia em gestantes. No entanto, considerando a diversidade de peixes facilmente encontrados em São Luís, a venda de farinha de trigo enriquecida com ferro e a distribuição gratuita de sulfato ferroso às gestantes inseridas no programa de consultas pré-natal, esperava-se uma prevalência menor de gestantes anêmicas no município.

Essa suplementação medicamentosa com sulfato ferroso a partir da 20ª semana à todas as gestantes e também o enriquecimento da farinha de trigo com o ferro, é uma das ações do governo para prevenir e controlar as anemias nutricionais no ciclo grávido- puerperal. Contudo, ainda hoje, segundo Fujimore (2009), as gestantes apresentam índices muito elevados de anemia, de forma que é necessário refletir sobre a efetividade dessa suplementação com sulfato ferroso no controle dessa enfermidade, bem como sobre a investigação realizada e orientações fornecidas pelos profissionais quanto aos hábitos alimentares e estilo de vida dessas gestantes, principalmente durante as consultas de pré-natal (CÔRTEES et al., 2009; FUJIMORE, 2009; ASSUNÇÃO, 2007; SATO et al., 2008).

Apesar de ter sido encontrado alta prevalência de anemia nas gestantes participantes deste estudo, não se encontrou associação desta com o nascimento pré-termo, diferentemente de Barros e Costa (1999) que constataram que mulheres grávidas com anemia tiveram maior predisposição a partos pré-termos.

A infecção urinária, a segunda maior prevalência entre as morbidades estudadas, não se apresentou associada ao nascimento pré-termo. Segundo Quiroga-Feuchter et al. (2007), a infecção urinária é um dos principais fatores associados ao abortamento, ao nascimento pré-termo e uma das principais causas de morbidade em gestantes. A literatura apresenta uma frequência de infecção do trato urinário que varia

entre 5% a 25% (PALACIOS et al., 2001; QUIROGA-FEUCHTER et al., 2007), portanto, mais baixa do que a encontrada no presente estudo (26,12%).

Os estudos de Ovalle et al. (2012) e de Silva et al. (2009b), encontraram associação da infecção urinária na gestação com nascimento pré-termo. Os primeiros autores constataram que a infecção urinária com estreptococos do grupo B, foi a condição clínica mais comum associada com a ocorrência de nascimento pré-termo em gestantes com idade gestacional entre 22 e 34 semanas. E os segundos autores, acham que o desenvolvimento da infecção urinária ocorre por meio das modificações anatomofisiológicas no trato urinário durante a gravidez, causando a colonização e contaminação da via urinária; ou no início do trabalho de parto em consequência à resposta inflamatória ou pela colonização do fluido amniótico por bactérias oriundas no foco infeccioso que desencadearão a mesma resposta, corroboraram com este estudo as pesquisas de Figueiró-Filho et al. (2009) e Jacociunas e Picoli (2007).

Sabe-se que durante o período gestacional aumentam as chances das gestantes apresentarem infecção urinária sintomática, devido às transformações causadas pela própria gravidez no trato urinário (FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2009), no entanto, esta enfermidade também está diretamente relacionada ao estilo de vida e hábitos desenvolvidos pelas gestantes, a higiene pessoal e a quantidade de líquidos ingeridos.

Contudo, percebe-se que várias enfermidades que acometem as gestantes podem ser facilmente evitadas quando as mesmas recebem um pré-natal adequado, quando são bem orientadas e estimuladas a desenvolverem hábitos que preserve sua saúde e/ou que possam melhorar sua qualidade de vida.

As demais morbidades com menores prevalências foram: diabetes, rubéola, toxoplasmose e sífilis; sendo que nenhuma delas apresentou associação com o nascimento pré-termo, dessa forma, discordando de outros autores que encontraram significativa associação entre essas morbidades e o nascimento pré-termo (SALGE, 2009; SANTANA et al., 2003; SANTIS et al., 2006).

Encontrou-se uma prevalência de 2,1% de diabetes gestacional, diferente dos achados de Franco (2008), que diz ser uma das complicações clínicas mais frequentes na gestação, podendo atingir cerca de 5 a 10% das gestantes no mundo e 7,6% no Brasil, conforme critérios da Organização Mundial de Saúde.

No entanto, Luz et al. (2008), mencionam que nos últimos anos, tem se observado uma queda expressiva no número de gestantes com diabetes gestacional e conseqüentemente na morbimortalidade da mãe e de seu concepto, isto deve aos avanços importantes no conhecimento e tecnologias para o controle dessa enfermidade.

Maganha et al. (2003) mencionam em seu estudo, que a introdução da insulina na terapêutica da gestante diabética foi um marco na qualidade da assistência. Os dados sobre diabetes e gestação anteriores à utilização clínica da insulina eram catastrófico, com relato de alta mortalidade materna e perinatal. Depois da introdução da insulina no controle do diabetes mellitus gestacional, diminuíram expressivamente suas complicações perinatais.

A rubéola foi a morbidade identificada em menor número de casos, somente três casos, representando uma prevalência muito pequena. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), a diminuição no número de casos de rubéola se deve às campanhas de vacinação realizadas mundialmente e em todo o território brasileiro, com uma diminuição acentuada no número de casos notificados. Entretanto, este dado não nos permite inferir que as gestantes de São Luís estejam livres da infecção por rubéola uma vez que não foi investigada a situação imunológica destas gestantes e de seus companheiros.

A infecção por rubéola ocorre no mundo todo, mas hoje de forma bem menos frequente e em casos isolados. No Brasil, em 1997 foram notificados 32.825 casos de rubéola congênita e em 2005 houve uma queda exponencial, registrando-se somente 365 casos (BRASIL, 2005; STUCKY, 2007).

A síndrome da rubéola congênita é uma das causas mais importantes da morbimortalidade neonatal. Quando acontece a infecção fetal, dependendo da idade gestacional, têm-se diferentes conseqüências, tais como: reabsorção do embrião, aborto espontâneo, natimorto, infecção placentária sem envolvimento fetal e infecção placentária e fetal concomitantes. A taxa de ocorrência de síndrome da rubéola congênita nos dois primeiros meses de gestação é de 40% a 60%, caindo para 10% a 24% no segundo trimestre, sendo praticamente nula após a 20ª semana de gestação (STEIBEL et al., 2007; SANTIS et al., 2006).

A prevalência de infecção pelo *Toxoplasma gondii* (0,77), também foi baixa, tanto em relação às outras morbidades como a outros estudos: 1,4% no Rio de Janeiro (MEIRELLES, 1985), 2,4% em Pernambuco (NÓBREGA, 1995) e de 2,4% na Nova Zelândia (MORRIS, 2004); porém ligeiramente maior que a taxa encontrada de 0,42% em Mato Grosso do Sul (FIGUEIRÓ-FILHO; 2005), de 0,17% na Noruega (JENUM et al., 1998), de

0,05% na Suécia (EVENGARD, 2001). Segundo Varella (2003), essas variações podem ser explicadas uma vez que a prevalência da soropositividade entre gestantes oscila de acordo com a região geográfica, características climáticas e hábitos nutricionais.

A sífilis é outra morbidade que apresentou baixa prevalência (0,65%) e não associada ao nascimento pré-termo. De acordo com Macedo et al. (2009), o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, do Ministério da Saúde, investigou a prevalência de algumas doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) em populações de seis capitais brasileiras, e constatou que entre 3.303 gestantes a prevalência para sífilis foi de 1,6%. Segundo a Organização Mundial da Saúde, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, em torno de 10% a 15% das gestantes seriam portadores de sífilis.

Sabe-se que o controle da sífilis congênita está relacionado ao diagnóstico e tratamento adequados. Deve-se, portanto, observar a correta forma de tratamento; a plena integração de atividades com outros programas de saúde como o pré-natal; e os sistemas de vigilância locais ativos.

Acreditasse que a disponibilidade da tecnologia ao tratamento da diabetes e da sífilis, as campanhas de vacinação contra a rubéola, a facilidade de informações à respeito dessas doenças, bem como a presença e atuação dos programas de diabetes e hipertensão, equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde e Estratégia de Saúde da Família no município tem contribuído satisfatoriamente para a baixa prevalência dessas enfermidades.

Vários estudos epidemiológicos têm identificado diferentes fatores como características socioeconômicas, idade, escolaridade, entre outros como fatores de risco para a ocorrência do nascimento pré-termo (COSTA, 1998; BICALHO, 2002; WEN et al., 2004; MOTTA et al., 2005), no entanto, são escassos os estudos epidemiológicos, como este, que investiguem as morbidades de forma isolada ou em conjunto com o nascimento pré-termo.

Sabe-se que as morbidades são causas importantes de complicações no período gravídico-puerperal e que elas causam graves danos à saúde materna e fetal. Ressalta-se aqui a importância da prevenção e o controle das morbidades para um melhor prognóstico para a gestante e seu conceito.

Sugere-se investigar a qualidade da assistência pré-natal que vem sendo oferecida às gestantes, principalmente no que diz respeito às atividades de educação em

saúde, que foram oferecidas ou não à elas, para estimular as práticas de cuidado e promoção à saúde dela e de seu bebê. A maioria das morbidades presentes na gravidez e puerpério são de fácil controle necessitando apenas de informações sobre elas, como a sua prevenção, tratamento, prática de sexo protegido, de alimentação saudável, entre outros que possam ser aprendidos, colocados em prática e conseqüentemente que melhorem a qualidade de vida dessas gestantes.

É necessário também, a realização de um estudo avaliativo dos conhecimentos, práticas e atitudes dos enfermeiros, os quais são os profissionais responsáveis na maioria das vezes, pela oferta dessas atividades de educação e orientação às gestantes, a fim de melhor compreender os fatores determinantes de tantas oportunidades perdidas na abordagem das morbidades na gestação.

É importante que os profissionais de enfermagem, assim como toda a equipe multiprofissional que atendem às gestantes no pré-natal, às puérperas e recém-nascidos, fiquem atentos para o surgimento de morbidades e suas repercussões na gestação, pois apesar de serem realizados vários exames na rotina do pré-natal, muitas vezes não são diagnosticadas precocemente, por isso é necessário aumentar os esforços na tentativa de prevenir essas morbidades ou mesmo para minimizar as conseqüências destas, seja por falta de conhecimento, esquecimento ou outro motivo.

Devem-se valorizar sempre as queixas das gestantes, mesmo sabendo que em alguns casos, se trata de queixas corriqueiras no período gestacional. Frente às queixas, deve-se considerar a solicitação de outros exames fora da rotina para investigar essas morbidades, sempre que houver suspeita. Este estudo torna-se importantes como fonte de informação sobre a prevalência das morbidades na gravidez e conseqüentemente auxiliar no planejamento de estratégias a serem adotadas que visem a redução destas prevalências presentes entre as gestantes de São Luís-MA.

Pretende-se levar uma cópia deste estudo à Secretaria Municipal de Saúde de São Luís-MA, a fim de que este sirva de subsídio na implantação de melhorias da assistência à saúde da mulher, da gestante e do recém-nascido.

7 CONCLUSÃO

Neste estudo foi possível constatar que as gestantes que tiveram seus filhos em maternidades públicas e/ou privadas de São Luis-MA, eram mulheres jovens, parda/mulata/cabocla, com escolaridade de 9 a 11 anos de estudo, viviam em união consensual e conviviam com 1 a 4 pessoas no domicílio, e que apresentaram a anemia, a infecção urinária e a hipertensão arterial como morbidades mais prevalentes e o diabetes, a rubéola, toxoplasmose e sífilis como menos prevalentes. Destas, somente a hipertensão apresentou-se associada ao nascimento pré-termo ($p < 0,001$), tendo este apresentado elevada prevalência (13,39%).

Em função das altas taxas das morbidades constatadas nas gestantes, faz-se necessário medidas efetivas na qualidade da assistência ao ciclo gravídico puerperal em São Luís-MA, que envolvam melhor capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento das gestantes até o aperfeiçoamento dos programas já existentes voltados à prevenção e tratamento das morbidades presentes neste período.

Recomenda-se que os enfermeiros, como profissionais comprometidos com a promoção da saúde, visem Estratégias que possibilitem o acolhimento e o acesso da gestante ao acompanhamento pré-natal com qualidade, contemplando as necessidades de saúde do binômio mãe-bebê. Nesse sentido, acredita-se que, a partir do momento em que a gestante é assistida de forma adequada, é possível minimizar os agravos à saúde do recém-nascido, proporcionando assistência de qualidade à mãe e ao neonato.

Espera-se que este estudo possibilite uma reflexão crítica sobre como este tema vem sendo abordado na formação dos enfermeiros bem como incentive o desenvolvimento de outras pesquisas que aprofundem a questão da qualidade da assistência pré-natal, visando minimizar as taxas de morbidade materna.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.L.; D'EÇA JÚNIOR A.; AQUINO, D.M.C; CALDAS, A.M. Situação da sífilis congênita em um Hospital Universitário em São Luís-MA. **Rev. Hospital Universitário/UFMA**, São Luís, v. 7, n. 2, p. 37-40, 2006.

AMBROSE, M.; BELLAK, M.W.; BOUCHER, M.A et al. **Doenças da sintomatologia ao Plano de Alta**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 798p.

AMARAL, E.; LUZ, A.G.; SOUZA, J.P.D. A morbidade materna grave na qualificação da assistência: utopia ou necessidade? **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 484-9, 2007.

AMARAL, L.R.; OLIVEIRA, M.A.D; CARDOSO, R.B.; AVILA, S.P.A.R.; CARDOSO, B.L.C.C. Atuação do enfermeiro como educador no programa saúde da família: importância para uma abordagem integral na atenção primária. **FG Ciência**, Guanambi, v. 01, n. 1, p. 01-21, 2011.

ARAGÃO, V. M. de F. et al. Fatores de risco para prematuridade em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 57-63, 2004.

ARAÚJO, B.F.; ZATTI, H.; MADI, J.M.; COELHO, M.B.; OLMÍ, F.B.; CANABARRO, C.T. Analysis of neonatal morbidity and mortality in late-preterm newborn infants. **J Pediatr.**, Rio Janeiro, v.88, n. 3, p. 259-66, 2012.

ARAÚJO, S.M.A; SILVA, M.E.D.; MORAES, R.C.; ALVES, D.S. A Importância do Pré-Natal e a Assistência de Enfermagem. **Veredas FAVIP – Rev. Eletr. Ciências**, v. 3, n. 2, p. 61-67, 2010.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil, 2013**. São Paulo: ABEP, 2013. Disponível em: < <http://www.abep.org>>. Acesso em: 13 fev. 2013.

ASSUNÇÃO, M.C.F.; SANTOS, I.S.; BARROS, A.J.D.; GIGANTE, D.P.; VICTORA, C.G. Efeito da fortificação de farinhas com ferro sobre anemia em pré-escolares, Pelotas, RS. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 539-48, 2007.

BARROS, S.M.O.; COSTA, C.A.R. Anemia ferropriva e gestação: intervenções de enfermagem para prevenção e tratamento. **Acta Paul Enferm.**, v. 12, n. 2, p. 47-57, 1999.

BATISTA FILHO, M.; SOUZA, A.I.; BRESANI, C.C. Anemia como problema de saúde pública: uma realidade atual. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 13, n.6, p. 1917-22, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e Parasitárias: Guia de bolso**. 7 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 336-338 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde**. 7 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b. 150p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada**. 3 ed. Brasília, 2006. 160p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a Atenção Básica**. Brasília, 2005. Disponível em: < http://www.aids.gov.br/sites/default/files/acons-ind-atenbasica01-web_0.pdf>. Acesso em: 10 fev 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Uma análise dos nascimentos no Brasil e regiões 2000-2004** [internet]. Brasília, 2004. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=24455>. Acesso em: 12 fev 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 344, de 13 de dezembro de 2002. **Regulamento Técnico para a Fortificação das Farinhas de Trigo e das Farinhas de Milho com Ferro e Ácido Fólico** [legislação na Internet]. Brasília, 2002. Disponível em: < http://www.anvisa.gov.br/legis/reso/2002/344_02rdc.htm>. Acesso em: 31 Jan 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização do parto: Humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002. 11-28p.

BECK, S.; WOJDYLA, L.S.; BETRAN, A.P.; Merialdi, M.; REQUEJO, J.H.; RUBENS, C. et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. **Bull World Health Organ.**, v. 88, p. 31-8, 2010.

BICALHO, G. G.; BARROS, F. A. A. Peso ao nascer e influência do consumo de cafeína. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, p. 180-7, 2002.

BITTAR, R.E.; ZUGAIB, M. Indicadores de risco para o parto prematuro. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 31, n. 4, p. 203-9, 2009.

CABRAL, N.A., VIEIRA, L.M., FAUSTINO A.M., et al. THE KNOWLEDGE OF PREGNANT WOMEN ON HYPERTENSION IN PREGNANCY: DESCRIPTIVE STUDY. **Rev enferm UFPE**, v. 5, n. 6, p. 1463-467, 2011.

CALDERON, I. M. P.; CECATTI, J. G.; VEGA, C. E.P. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Rev. Bras. Ginecol. e Obstet.**, v. 28, n.5, p. 310-15, 2006.

CESAR, J.A. et al. Prevalência e fatores associados à percepção de ocorrência de corrimento vaginal patológico entre gestantes. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p. 2705-2714, 2009.

COSTA, C. E.; GOTLIEB, S.L.D. Estudo epidemiológico do peso ao nascer a partir da declaração de nascido vivo. **Rev. Saúde Pública**, v. 32, p. 328-34, 1998.

CÔRTEZ, M. H.; VASCONCELOS, I. A. L.; COITINHO, D. C.. Prevalência de anemia ferropriva em gestantes brasileiras: uma revisão dos últimos 40 anos. **Rev. nutr.**, v. 22, n. 3, p. 409-418, 2009.

COELLI, A.P., NASCIMENTO L.R., MILL J. G., MOLINA, M.C. B. Preterm birth as a risk factor for high blood pressure in children: a systematic review. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 207-218, 2011.

CHAIM, S. R. P.; OLIVEIRA, S. M. J.V.; KIMURA, A. F. Hipertensão arterial na **gestação** e condições neonatais ao nascimento. **Acta Paul. Enferm.**, v. 21, n. 1, p. 53-8, 2008.

CUNHA, M. A.; MAMEDE, M. V.; DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, F. V. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Escola Anna Nery Rev Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 145-153, 2009.

CUNNINGHAM, F.G.; MACDONALD, P.C.; GANT, N.F.; LEVENO, K.J.; GILSTRAP, L.C.; HANKINS, G.D.V.; CLARK, S.L. Distúrbios hipertensivos na gravidez. **Williams obstetrícia**, 20 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

CUNNINGHAM, F.G.; GARY-LEVENO, K.J.; BLOOM, S.L.; HAUTH, J. C.; ROUSE, D.J.; SPONG, C.Y. **Obstetrícia de Williams**, 23 ed. Rio de Janeiro: Artemed, 2012.

DANEL, I.; BERG, C.; JOHNSON, C.H.; ATRASH, H. Magnitude of maternal morbidity during labor and delivery: United States, 1993-1997. **Am J Public Health**, v. 93, p. 631-4, 2003.

DRIFE, J.O. Maternal "near miss" reports? **BMJ**, v. 307, p. 1087-8, 1993.

EVENGARD, B.; PETERSSON, K.; ENGMAR, M.L.; WIKLUND, S.; IVARSSON, S.A.; TEAR-FAHNEHJELM K, et al. Low incidence of toxoplasma infection during pregnancy and in newborns in Sweden. **Epidemiol Infect.**, v. 127, n. 1, p. 121-7, 2001.

FERREIRA, C. H. J.; NAKANO, A. M. S. Reflexões sobre as bases conceituais que fundamentam a construção do conhecimento acerca da lombalgia na gestação. **Rev. Latino-amer. Enferm.**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 95-100, 2001.

FIGUEIREDO, C. A. et al. Soroprevalência da Rubéola na população urbana e rural de Guaratinguetá. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.55, n. 2, p.117-20, 2009.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. et al. Toxoplasmose aguda: estudo da frequência, taxa de transmissão vertical e relação entre os testes diagnósticos materno-fetais em gestantes em estado da região Centro-Oeste do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 28, p. 442-9, 2005.

FIGUEIRÓ-FILHO, E.A.; BISPO, A.M.B.; VASCONCELOS, M.M.; MAIA, M.Z.; CELESTINO, F.G. Infecção do trato urinário na gravidez: aspectos atuais. **FEMINA**, v. 37, n.3, p.165-171, 2009.

FUJIMORI, E.; SATO, A.P.S.; ARAUJO, C.R.M.A.; UCHIMURA, T.T.; PORTO, E.S.; BRUNKEN, G.S.; BORGES, A.L.V.; SZARFARC, S.C.; Anemia em gestantes de municípios das regiões Sul e Centro-Oeste do Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 2, p.1204-9, 2009.

FRANCO, D.R. A Hipótese do Pólo Comum entre a Pré-Eclâmpsia e o Diabetes Gestacional. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, São Paulo, v. 52, n. 6, p. 929-30, 2008.

FRENCKEL, J.K. Toxoplasmose. **Tratado de infectologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2002.

GELLER, S.E.; ROSENBERG, D.; COX, S.M.; KILPATRICK, S. Defining a conceptual framework for near-miss maternal morbidity. **J Am Med Womens Assoc.**, v. 57, n. 3, p. 135-9, 2002.

GOLDENBER, G.P.; FIGUEIREDO, M.C.T.; SILVA RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 21, n. 4, p. 1077-85, 2005.

IBGE - Instituto de Geografia e Estatística do Brasil. Estatística da população 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

JALIL, E. M; PINTO, V. M; BENZAKEN, A. S et al. Prevalência da Infecção por Clamídia e Gonococo em gestantes de seis cidades brasileiras. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 614-619. 2008.

JENUM, P.A.; STRAY-PEDERSEN, B.; MELBY, K.K.; KAPPERUD, G.; WHITELAW, A.; ESKILD, A. et al. Incidence of *Toxoplasma gondii* infection in 35,940 pregnant women in Norway and pregnancy outcome for infected women. **J Clin Microbiol.**, v. 36, n.10, p. 2900-6, 1998.

JACOICIUNAS, L.V.; PICOLI, S.U. Avaliação de Infecção urinária em gestantes no primeiro trimestre de gravidez. **Rev Bras Anál Clín.**, v. 39, n. 1, p. 55-7, 2007.

KRAMER, M. S. The epidemiology of adverse pregnancy outcomes: an overview. **J. Nutr.**, v.133, n.5, p.1592-96, 2003.

LIMA, Y. M. S.; MOURA, M. A. V. Consulta de Enfermagem pré-natal: a qualidade centrada na satisfação da cliente. **Rev. Pesq.: cuidado é fundamental.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1/2, p. 93-99, 2005.

LUZ, A.G.; TIAGO, D.B.; SILVA, J.C.G.; AMARAL, E. Morbidade materna grave em um hospital universitário de referência municipal em Campinas. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 30, n. 6, p. 281-6, 2008.

MACHADO, C.M.D. As emoções e os sentimentos vivenciados pela mulher na gestação, parto e puerpério. In: Costenaro RGS, organizadora. **Cuidando em enfermagem.: pesq. reflex.**, Santa Maria (RS), Centro Universitário Franciscano, p.191-96. 2001.

MACDONALD, M.; STARRS, A. La atención calificada durante el parto: un cuaderno informativo para salvar la vida de las mujeres y mejorar la salud de los recién nacidos. **Family Care Internac.**, New York (USA), 2003.

MATTISON, D. R. et al. Preterm delivery: a public health perspective. **Paediatr Perinat. Epidemiol.**, v.15, p.7-16, 2001.

MACEDO VC, BEZERRA AFB, FRIAS PG, ANDRADE CLT. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. **Cad Saúde Pública** [Internet]. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/04.pdf>. >. Acesso em 14 fev 2013.

MAGANHA, C.A.; VANNI, D.G.B.S.; BERNARDINI, M.A., ZUGAIB, M. Tratamento do diabetes melito gestacional. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 49, n. 3, p. 330-4, 2003.

MELO, C.R.M.; ALVES, B. SYPHILIS SEROPREVALENCE OF WOMEN IN PUERPERIUM AND VULNERABILITY IN PRENATAL CARE. **Rev enferm UFPE on line**, v. 6, n. 6, p. 1295-301, 2012.

MELO, B.C.P.; AMORIM, M.M.R.; KATZ, L; COUTINHO, I.; VERÍSSIMO, G. Perfil epidemiológico e evolução clínica pós-parto na pré-eclâmpsia grave. **AMB Rev Assoc Med**

Bras [Internet]. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n2/22.pdf>>. Acesso em 14 fev 2013.

MEDEIROS, A.; GOUVEIA, N. Relação entre baixo peso ao nascer e a poluição do ar no Município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, p. 965-72, 2005.

MEIRELLES FILHO J. Toxoplasmose e gravidez: inquérito sorológico em gestantes e seus recém-nascidos na Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. **J Bras Ginecol.**, v. 95, n. 9, p. 393-401, 1985.

MOTTA, M. E. et al. O peso ao nascer influencia o estado nutricional ao final do primeiro ano de vida? **J. Pediatr.**, v. 81, n. 5, p. 377-82, 2005.

MOURA, L.C.; PEDROZO, M.A. Anemia ferropriva na gestação. **Rev Enferm UNISA** , v. 4, p. 70-5, 2003.

MORRIS, A.; CROXSON, M. Serological evidence of Toxoplasma gondii infection among pregnant women in Auckland. **N Z Med J.**, v. 117, n. 1189, 2004.

MONTEIRO, C.A.; SZARFARC, S.C.; MONDINI, L. Tendência secular da anemia na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). **Rev. Saúde Pú.**, São Paulo, v.34, n.6, p.62-72, 2000.

NEUMAN, N.A.; TANAKA, O.Y.; SZARFARC, S.C.; GUIMARÃES, P.R.V.; VICTORA, C.G. Prevalência e fatores de risco para anemia no sul do Brasil. **Rev. Saúde Pú.**, v.34, n.1, p.57-63, 2000.

NÓBREGA, M.C., MAGALHÃES, V.; ALBUQUERQUE, Y.; MAGALHÃES, C.; ARCOVERDE, C. Toxoplasmose em gestantes e em seus recém-nascidos, atendidos no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. **RBM Cad Ginecol Obstet.**, v. 56, p. 23-9, 1999.

NOGUEIRA, N.A.P.; MOREIRA, M.A.A. Bacteriúria assintomática em gestantes do centro de saúde ambulatorial Abdoral Machado, Crateús, CE. **Rev Bras Anál Clín.**, v. 38, n. 1, p. 19-21, 2006.

OLIVEIRA, C.A.; LINS, C.P.; SÁ, R.A.M.; NETTO, H.C.; BORNIA, R.G.; SILVA, N.R.; AMIM JUNIOR, J. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. **Rev Bras Saúde Matern Infant.**, v. 6, n. 1, p. 93-8, 2006.

OLIVEIRA, M.J.V.; PERSINOTTO, M.O.A. Revisão de literatura em enfermagem sobre hipertensão arterial na gravidez. **Rev Esc Enferm USP**, v. 35, n. 3, p. 214-22, 2001.

OVALLE, A.; KAKARIEKA, E.; RENCORET, G.; ARIEL, F.; RIO, M.J.; MORONG, C.; BENITEZ, P. Fatores associados à prematuridade entrega entre 22 e 34 semanas em um hospital público em Santiago. **Rev Med Chile**, v. 140, p. 19-29, 2012.

OSIS, J.M.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 32, p. 25-32, 1998.

PALACIOS, Y.V.S; GOMES, CFE; CANESE, J; CANESE, JO; FRANCO YEP. Alta frecuencia de infeccion urinaria en el embarazo-un estudio de cem pacientes. **Rev Med Actual.**, v. 1, n. 20, p. 15-20, 2001.

PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v. 8, n. 1, p. 113-124, 2008.

PENNEY, G.; BRACE, V. Near miss audit in obstetrics. **Curr Opin Obstet Gynecol.**, v. 19, n. 2, p. 145-50, 2007.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PIRES, O.N; PIMENTEL, Z.N.S.; SANTOS, M.V. et al. Vigilância Epidemiológica da Sífilis na Gravidez no Centro de Saúde do Bairro Uruará-Área Verde. **J Brás Doenças Sex Trans**. Ceará, v. 3, n. 4, 2007.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Atlas do desenvolvimento humano Brasil**. Disponível em:
< http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2003.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Atlas2003>. Acesso em: 15 dez. 2012.

PIZZO, G. et al. Periodontitis and reterm delivery. A review of the literature. **Minerva Stomatol.**, v. 54, n.1-2, p. 1-14, 2005.

PRETORIUS, C.; JAGATT, A.; LAMONT, R.F. The relationship between periodontal disease, bacterial vaginosis, and preterm birth. **J Perinat Med**, v. 35, n. 2, p. 93-9, 2007.

QUEIROZ-ANDRADE, J.; BUNDUKI, V.; CURTI, S.P. et al. Rubella in pregnancy: Intrauterine transmission and perinatal outcome during a Brazilian epidemic. **J Clin Virol.**, v.35, p. 285-91, 2006.

RADES, E., BITTAR, R.E., ZUGAIB, M. Determinantes Diretos do Parto Prematuro Eletivo e os Resultados Neonatais. **RBGO.**, v. 26, n. 8, p. 655-662, 2004.

QUIROGA-FEUCHTER, G.; ROBLES-TORRES, R.E.; RUELAS-MORAN, A.; GÓMES-ALCALÁ, A.V. Bacteriúria assintomática em mujeres embarazadas. **Rev Med Inst Mex Seguro Soc.**, v. 45, n.2, p. 169-72, 2007.

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, abr/jun, 2009.

RAMOS, J.G. L. et al. Nascimento pré-termo. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. Porto Alegre: Artmed, 2001, 69-80p.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 186-92, 2005.

RODRIGUES, C.S.; GUIMARÃES, M.D.C.; Congenital Syphilis National Group of Study. Syphilis positivity in puerperal women: still a challenge in Brazil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 16, n. 3, p. 168-75, 2004.

ROMERO, R. et al. Meta-analysis of the relationship between asymptomatic bacteriuria and preterm delivery/low birth weight. **Obstet. Gynecol.**, v. 73, n. 4, p. 576-582, abr, 1989.

SALGE, A. K. M., et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 3, p. 642-6, 2009.

SANTANA, R.M.; ANDRADE, F.M.; MORON, A.F. **Infecções TORCH e gravidez**. Atualização terapêutica. 21ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003.

SANTIS, M.D.; CAVALIERE, A.F.; STRAFACE, G. et al. Rubella infection in pregnancy. **Reprod Toxicol.**, v. 21, p. 390-8, 2006.

SARACENI, V.; GUIMARÃES, M.H.F.S.; THEME FILHA, M.M.; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Cad Saúde Pública**, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/27.pdf>>. Acesso em 14 jan 2013.

SATO, A.P.S.; FUJIMORI, E.; SZARFARC, S.C.; SATO, J.R.; BONADIO, I.C. Prevalência de anemia em gestantes e a fortificação de farinhas com ferro. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 3, p. 481-9, 2008.

SCANNAPIECO, F.A. et al. Periodontal disease as a potential risk factor for systemic disease. **J. Periodontol.**, v. 59, p. 841-850, 2003.

SILVA, A. A., RIBEIRO, V. S., BORBA, A. F., JR., COIMBRA, L. C. & SILVA, R. A. Evaluation of data quality from the information system on live births in 1997-1998. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 508-14, 2001.

SILVA, L. A., SILVA, R. G. A., ROJAS, P. F. B., LAUS, F. F., SAKAE, T. M. Fatores de risco associados ao parto pré-termo em hospital de referência de Santa Catarina. **Revista da AMRIGS**, v. 53, n.4, p. 354-360, 2009a.

SILVA, A. M. R.; ALMEIDA, M. F.; SOARES, D. A. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2125-2138, out, 2009b.

SOUZA, A.I.; FILHO, M.B.; FERREIRA, L.O.C. Alterações hematológicas e gravidez. **Rev Bras Hematol Hemoterapia**, v. 24, n. 1, p. 29-36, 2002.

STEIBEL, G.; MILAN, C.; STEIBEL, J.A.P.; CUNHA, F.E.V.; TORRENS, M.C.;

SCANNAPIECO, F. A.; BUSH, R. B.; PAJU, S. Periodontal disease as a risk factor for adverse pregnancy outcomes. A systematic review. **Ann. Periodontol.**, v. 8, n. 1, p. 70-8, dez, 2006.

SPINDOLA, T.; PENNA, L. H. G.; PROGIANTI, J.M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP** [Internet]. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n3/v40n3a09.pdf>>. Acesso em 12 dez 2012.

STUCKY, J.M. Prevalence of rubella IgG antibodies in pregnant women of São Lucas Hospital of PUCRS, Porto Alegre, Brazil. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 115-118, jul/set, 2007.

TAVARES, M.S.; ARAUJO, R.M.; ABUD, A.C.F.; ALVES, J.A.B.; NUNES, M.S.; INAGAKI, A.D. Toxoplasmosis in pregnant women: prevalence, risk factors and prevention actions. **J Nurs UFPE**, v. 6, n. 6, p. 1379-85, 2012.

VARELLA, I.S.; WAGNER, M.B.; DARELA, A.C.; NUNES, L.M.; MÜLLER, R.W. Seroprevalence of toxoplasmosis in pregnant women. **J Pediatr**, Rio Janeiro, v. 79, n. 1, p. 69-74, 2003.

VASQUES, F. A. P. **Pré-natal: um enfoque multiprofissional**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2006.

WEN, S.W.; SMITH, G.; YANG, Q.; WALKER, M. Epidemiology of preterm birth and neonatal outcome. **Semin Fetal Neonatal Med**, v. 9, p. 429-35, 2004.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who Global database on child growth and malnutrition**. Geneva: WHO; 2007. Disponível em: < <http://www.who.int/nutgrowthdb/en/>>. Acesso em 16 fev. 2013.

XIONG, X. et al. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review. **Bjog**, v. 113, n. 2, p. 135-43, fev, 2006.

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA PESQUISA: FATORES ETIOLÓGICOS DO NASCIMENTO PRÉ-TERMO E CONSEQUÊNCIAS DOS FATORES PERINATAIS NA SAÚDE DA CRIANÇA: COORTES DE NASCIMENTO EM DUAS CIDADES BRASILEIRAS.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof. Dr. Antônio Augusto Moura da Silva

TELEFONES PARA CONTATO: (98) 3301-9681

PATROCINADOR FINANCEIRO DA PESQUISA: FAPESP, CNPQ e FAPEMA.

OBJETIVOS DA PESQUISA:

Somos um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e estamos realizando uma pesquisa para entender o que faz os bebês nascerem antes do tempo (prematurados). Essa pesquisa está sendo realizada em Ribeirão Preto, estado de São Paulo, e em São Luís, estado do Maranhão. Para isso, precisamos de algumas informações tanto de bebês nascidos antes do tempo como de bebês nascidos no tempo normal, para comparação.

Convidamos você a participar desta pesquisa e pedimos que autorize a participação do seu bebê.

Este é um formulário de consentimento, que fornece informações sobre a pesquisa. Se concordar em participar e permitir que seu bebê participe da pesquisa, você deverá assinar este formulário.

Antes de conhecer a pesquisa, é importante saber o seguinte:

Você e seu bebê estão participando voluntariamente. Não é obrigatório participar da pesquisa.

Você pode decidir não participar ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Esta pesquisa está sendo conduzida com mulheres que derem à luz nos hospitais das duas cidades, Ribeirão Preto e São Luís, para avaliar como o seu modo de vida e sua saúde durante a gravidez e as condições durante o parto influenciam as condições do nascimento.

O QUE DEVO FAZER PARA EU E MEU BEBÊ PARTICIPARMOS DESTA PESQUISA?

Após o parto, quando você estiver se sentindo disposta, você responderá a um questionário sobre as condições do parto, além de perguntas sobre hábitos e condições de vida. Também coletaremos uma amostra da saliva do seu bebê para realizar exame para detecção de citomegalovírus com um cotonete que será colocado durante alguns segundos embaixo da língua da criança até esse ficar molhado. O exame informará se o seu bebê foi contaminado e desenvolveu proteção contra esse vírus. A infecção por esse vírus, na maior parte das vezes, não causa sintomas no bebê, mas em algumas situações pode afetar a audição.

QUAIS SÃO OS RISCOS DA PESQUISA?

Os profissionais que realizarão as entrevistas e os exames são treinados para as tarefas.

HÁ VANTAGENS EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA?

Conhecer os fatores que podem favorecer o nascimento antes do tempo poderá ajudar você, em futuras gestações, ou outras pessoas que possam vir a ter risco de parto pré-termo. Também será possível detectar se seu bebê foi infectado pelo citomegalovírus na gestação e o acompanhamento ao longo da vida poderá detectar precocemente problemas relacionados com essa infecção. Outros problemas que forem eventualmente detectados ao nascimento serão encaminhados para tratamento.

Além disso, a sua participação vai nos ajudar a entender alguns problemas de saúde que poderão ser prevenidos no futuro. Quando este estudo acabar, os resultados serão discutidos com outros pesquisadores e divulgados para que muitas pessoas se beneficiem desse conhecimento.

E A CONFIDENCIALIDADE?

Os registros referentes a você e ao bebê permanecerão confidenciais. Você e o bebê serão identificados por um código e suas informações pessoais não serão divulgadas sem sua expressa autorização. Além disso, no caso de publicação deste estudo, não serão utilizados seus nomes ou qualquer dado que os identifiquem.

As pessoas que podem examinar seus registros são: o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão e a equipe de pesquisadores e os monitores da pesquisa.

O QUE FAÇO EM CASO DE DÚVIDAS OU PROBLEMAS?

Para solucionar dúvidas relativas a este estudo, entre em contato com: Dr. Antônio Augusto Moura da Silva ou Dr. Raimundo Antonio da Silva nos telefones (98) 3301-9681 ou no endereço Rua Barão de Itapary, 155 Centro – São Luís (MA).

Para obter informações sobre seus direitos e os direitos de seu bebê como objeto de pesquisa, entre em contato com o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão pelo telefone 2109-1250 ou no Hospital Universitário (HUUFMA) Rua Barão de Itapary, 227 - 4º andar, Centro – São Luís (MA).

Se você entendeu a explicação e concorda voluntariamente em participar deste estudo, por favor, assine abaixo. Uma via ficará com você e a outra com o pesquisador responsável. Agradecemos muito a sua colaboração.

PÁGINA DE ASSINATURAS:

Nome do voluntário: _____

Assinatura do voluntário: _____

Data: ____/____/____

Nome do Pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Data: ____/____/____

Nome da Testemunha: _____

Assinatura da

Testemunha: _____

Data: ____/____/____

ANEXO B – Questionário de coleta de dados



QUESTIONÁRIO DO NASCIMENTO - MÃE

BLOCO A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**1A. Número de identificação:** _____

1ª casela: 1 Ribeirão Preto

2 São Luís

2ª casela: 1 Pré-natal

2 Nascimento

3 1º ano

3ª casela: M. Avaliação no pré-natal

A. Avaliação no nascimento RN 1

B. Avaliação no nascimento RN 2

C. Avaliação no nascimento RN 3

D. Avaliação no nascimento RN 4

4ª e 5ª caselas: QM. Questionário da mãe

OC. Questionário do RN

SC. Saliva da criança

CO. Cordão umbilical

6ª à 9ª caselas: número seqüencial para cada cidade

2A. Cidade:1. Ribeirão Preto2. São Luís**3A. Coorte**1. Iniciada no Pré-natal2. Iniciada no Nascimento**4A. Data da Entrevista (DD/MM/AAAA):** __/__/____**Entrevistador (a):** _____**5A. Hospital de Nascimento:**

| SÃO LUÍS | RIBEIRÃO PRETO |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> HU Materno- Infantil | 12. <input type="checkbox"/> Hospital das Clínicas |
| 2. <input type="checkbox"/> Benedito Leite | 13. <input type="checkbox"/> Hospital Ribeirânia |
| 3. <input type="checkbox"/> Marly Sarney | 14. <input type="checkbox"/> Hospital São Lucas |
| 4. <input type="checkbox"/> Santa Casa | 15. <input type="checkbox"/> Hospital Santa Lydia |
| 5. <input type="checkbox"/> Maria do Amparo | 16. <input type="checkbox"/> Hospital Santa Casa |
| 6. <input type="checkbox"/> N Sra. da Penha | 17. <input type="checkbox"/> Mater |
| 7. <input type="checkbox"/> Clínica São Marcos | 18. <input type="checkbox"/> H. Sinhá Junqueira |
| 8. <input type="checkbox"/> Clínica Luiza Coelho | 19. <input type="checkbox"/> Hospital São Paulo |
| 9. <input type="checkbox"/> Hospital S Domingos | |
| 10. <input type="checkbox"/> Hospital Aliança | |
| 11. <input type="checkbox"/> Clínica São José | |

NUMERO

CIDADE

COORTE

DATAENT

HOSPITAL

6A. Nome completo da mãe do RN (não abreviar):

NOMEMAE

7A. Data de nascimento da mãe do RN (DD/MM/AAAA):

__/__/____

DNMAE

8A. Idade da mãe do RN __

99. Não sabe

IDADEMAE

9A. Qual a idade do pai do bebê? __

99. Não sabe

IDADEPAI

BLOCO B – DADOS DE CONTATO

1B. Qual o seu endereço completo? _____

Telefone residencial: ____-____-____ Outro telefone: ____-____-____ celular: ____-____-____

2B. Para facilitar futuros contatos, a sra. poderia nos fornecer o nome, relação de parentesco ou amizade, endereço e telefone fixo ou celular de parentes ou pessoas próximas com quem a sra. tem contato frequente?

Nome da pessoa: _____

Parentesco/Amizade: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____ celular: ____-____-____

Nome da pessoa: _____

Parentesco/Amizade: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____ celular: ____-____-____

3B. A sra. poderia nos fornecer o endereço e o telefone do seu trabalho?

Endereço: _____

Telefone comercial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____

4B. Se a sra. pretende mudar de cidade, poderia nos informar o nome, endereço e o telefone de contato de algum parente ou alguém que more próximo à sua nova residência?

Nome da pessoa: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____ celular: ____-____-____

BLOCO C – DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

1C. A sra. sabe ler e escrever?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

LERMAE

2C. A sra. frequenta ou frequentou escola?

1. Sim
 2. Não **Passa para a questão 6C**
 9. Não sabe

ESCOLMAE

3C. A sra. ainda estuda ?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

MAEESTUDA

4C. Qual foi o último curso que a sra frequentou ou frequenta?

1. Alfabetização de jovens e adultos
 2. Ensino fundamental ou 1o grau
 3. Ensino médio ou 2o grau
 4. Superior graduação incompleto **Passa para a questão 6C**
 5. Superior graduação completo **Passa para a questão 6C**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

CURSOMAE

5C. Até que série a sra. frequentou ou ainda frequenta?

1. Primeira
 2. Segunda
 3. Terceira
 4. Quarta
 5. Quinta
 6. Sexta
 7. Sétima
 8. Oitava
 88. Não se aplica
 99. Não sabe

SERIEMAE

6C. Qual a cor da sua pele?

1. branca
 2. preta/negra
 3. parda/mulata/cabocla/morena
 4. amarelo/oriental
 5. indígena
 9. não sabe

CORMAE

7C. Qual a situação conjugal atual da sra.?

1. Casada
 2. União consensual (Mora junto)
 3. Solteira
 4. Separada/desquitada/divorciada
 5. Viúva
 9. Não sabe

SITCONMAE

8C. Quantas pessoas vivem atualmente na casa onde a sra. mora? (Considere apenas as pessoas que estão morando na casa há pelo menos 3 meses, e que não são temporários, como um tio que está temporariamente vivendo com a sra. por menos de 3 meses ou visitantes). __

99. Não sabe

PESSOAS

9C. A sra. mora atualmente com o marido ou companheiro?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

MORACOMP

10C. A sra. mora atualmente com filhos (biológicos ou não)?

1. Sim
 2. Não **Passa para a questão 12C**
 9. Não sabe

MORAFILHO

11C. Caso sim, com quantos filhos? __

88. Não se aplica
 99. Não sabe

QTFILHOS

12C. A sra. mora atualmente com outros familiares?

1. Sim
 2. Não **Passa para a questão 14C**
 9. Não sabe

MORAFAM

13C. Caso sim, com quantos familiares? __

88. Não se aplica
 99. Não sabe

QTFAM

14C. A sra. mora atualmente com outras pessoas que não são familiares?

1. Sim
 2. Não **Passa para a questão 16C**
 9. Não sabe

MORANFAM

15C. Caso sim, com quantos não familiares? __

88. Não se aplica
 99. Não sabe

QTNFAM

16C. A sra. tem alguma religião ou culto?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

TEMRELIG

17C. Caso tenha alguma religião, qual é a sua religião?

1. Católica
2. Evangélica. Ex: Batista, Assembléia de Deus, Bethesda, Universal, Adventista, Testemunha de Jeová, Luterana.
3. Espírita/Kardecista
4. Umbanda/Candomblé
5. Judaica
6. Orientais. Ex: Budista
7. Outra, Qual? _____
88. Não se aplica
99. Não sabe

RELIGIAO

18C. A sra. exerce alguma atividade remunerada dentro ou fora de casa?

1. Sim
2. Não **Passa para a questão 26C**
9. Não sabe

ATIVREM

CASO NÃO TENHA ALGUMA ATIVIDADE REMUNERADA OU NÃO SAIBA, PASSE PARA A QUESTÃO 26C

19C. Qual a sua ocupação (o que faz atualmente no trabalho)?

-
88. Não se aplica
 99. Não sabe

OCUPMAE

20C. Qual a sua relação de trabalho?

1. Trabalha por conta própria
2. Assalariado ou empregado
3. Dono de empresa-empregador
4. Faz bico
8. Não se aplica
9. Não sabe

RELACAO

21C. Quantos dias por semana a sra. trabalhava com remuneração durante a gestação? _ _

8. Não se aplica
9. Não sabe

DIATRAB

22C. Nos dias de trabalho remunerado durante a gestação, quantas horas por dia a sra. trabalhava? _ _

88. Não se aplica
99. Não sabe

HORATRAB

23C. Durante o seu trabalho, a sra. tinha que ficar em pé a maior parte do tempo?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

TRABPE

24C. Durante o seu trabalho, a sra. tinha que levantar coisas pesadas?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

LEVPESO

25C. Há quantas semanas atrás a sra. parou de trabalhar? __

00. menos de 1 semana
 88. Não se aplica
 99. Não sabe

PAROUTRAB

26C. Na sua casa, quem faz o trabalho de casa para sua família?

1. A sra. faz todo trabalho
 2. A sra. faz parte do trabalho
 3. Outra pessoa
 9. Não sabe

TRABCASA

27C. Quem é a pessoa da família com maior renda atualmente? (considerar chefe da família aquele de maior renda)

1. A entrevistada **Passar para a questão 36C**
 2. Companheiro
 3. Mãe
 4. Pai
 5. Avó
 6. Avô
 7. Madrasta
 8. Padrasto
 9. Tia
 10. Tio
 11. Irmã
 12. Irmão
 13. Outro _____
 99. Não sabe

CHEFE

28C. Qual o sexo da pessoa da família com maior renda?

1. Masculino
 2. Feminino
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

SEXOCHEFE

29C. Qual a idade da pessoa da família com maior renda (anos completos)? _ _

88. Não se aplica
 99. Não sabe

IDCHEFE

30C. Essa pessoa sabe ler e escrever?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

LERCHEFE

31C. Essa pessoa frequenta ou frequentou escola?

1. Sim
 2. Não **Passa para a questão 34C**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

ESSCHEFE

32C. Qual foi o último curso que essa pessoa frequentou ou frequenta?

1. Alfabetização de jovens e adultos
 2. Ensino fundamental ou 1o grau
 3. Ensino médio ou 2o grau
 4. Superior graduação incompleto **Passa para a questão 34C**
 5. Superior graduação completo **Passa para a questão 34C**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

CURSOCHEFE

33C. Qual a série que essa pessoa frequenta ou até que série frequentou?

1. Primeira
 2. Segunda
 3. Terceira
 4. Quarta
 5. Quinta
 6. Sexta
 7. Sétima
 8. Oitava
 88. Não se aplica
 99. Não sabe

SERIECHEFE

34C. Qual a ocupação atual (ou no que trabalha) a pessoa com a maior renda da família? (Descreva a ocupação. Caso seja aposentado, colocar a última atividade que exerceu).

88. Não se aplica

99. Não sabe

OCUPCHEFE

35C. Qual a relação de trabalho do chefe da família?

1. Trabalha por conta própria

2. Assalariado ou empregado

3. Dono de empresa-empregador

4. Faz bico

8. Não se aplica

9. Não sabe

RELCHefe

36C. No mês passado quanto ganharam as pessoas da família que trabalham?

1ª pessoa R\$ _____

2ª pessoa R\$ _____

3ª pessoa R\$ _____

4ª pessoa R\$ _____

5ª pessoa R\$ _____

A família tem outra renda? _____

Renda total R\$ _____

99999. Não sabe

RENDAF

Quantos itens abaixo a família possui? (circule a resposta)

| | Quantidade de itens | | | | |
|---|---------------------|---|---|---|-----------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou mais |
| 37C. Televisão em cores | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38C. Rádio | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39C. Banheiro | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 40C. Automóvel | 0 | 4 | 7 | 9 | 9 |
| 41C. Empregada mensalista | 0 | 3 | 4 | 4 | 4 |
| 42C. Máquina de lavar | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 43C. Videocassete ou DVD | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 44C. Geladeira | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 45C. Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex) | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |

TELEVISAO

RADIO

BANHEIRO

AUTOMOVEL

EMPREGADA

MAQLAVAR

DVD

GELADEIRA

FREEZER

46C. Grau de instrução da pessoa com maior renda

| | |
|---|---|
| Analfabeto/Primário incompleto/ Até 3ª Série Fundamental | 0 |
| Primário completo/ Até 4ª Série Fundamental/Ginásial incompleto | 1 |
| Ginásial completo/ Fundamental completo/Colegial incompleto | 2 |
| Colegial completo/ Médio completo/Superior incompleto | 4 |
| Superior completo | 8 |

INSTRUCAO

BLOCO D – HÁBITOS DE VIDA**Agora vamos conversar um pouco sobre o consumo de bebida alcoólica.**

1D. Durante a gravidez, a sra. tomou cerveja?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 14D**
 9. Não sabe

CERVEJA

2D. Durante a gravidez, a sra. tomou cerveja nos três primeiros meses de gravidez?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 6D**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

CERVEJA1T

3D. Quantos dias por semana? _ _

8. Não se aplica
 9. Não sabe

DIACERV1T

4D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _ _

88. Não se aplica
 99. Não sabe

QTCERV1T

5D. Qual o tipo de vasilha?

1. Copo comum (200ml)
 2. Lata (350ml)
 3. Garrafa pequena (300ml) – long neck
 4. Garrafa (600-720ml)
 5. Outro
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

TIPOCERV1T

6D. Durante a gravidez a sra tomou cerveja dos 4 aos 6 meses de gravidez?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 10D**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

CERVEJA2T

7D. Quantos dias por semana? _

8. Não se aplica
 9. Não sabe

DIACERV2T

8D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. Não se aplica
 99. Não sabe

QTCERV2T

9D. Qual o tipo de vasilha?

1. Copo comum (200ml)
 2. Lata (350ml)
 3. Garrafa pequena (300ml) – long neck
 4. Garrafa (600-720ml)
 5. Outro
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

TIPOCERV2T

10D. Durante a gravidez a sra. tomou cerveja dos 7 meses ao final da gravidez?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 14D**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

CERVEJA3T

11D. Quantos dias por semana? _

8. Não se aplica
 9. Não sabe

DIACERV3T

12D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. Não se aplica
 99. Não sabe

QTCERV3T

13D. Qual o tipo de vasilha?

1. Copo comum (200ml)
 2. Lata (350ml)
 3. Garrafa pequena (300ml) – long neck
 4. Garrafa (600-720ml)
 5. Outro
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

TIPOCERV3T

| | | |
|---|-------------|---|
| 14D. Durante a gravidez a sra tomou vinho? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não Passa para a questão 27D | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| | VINHO | <input type="checkbox"/> |
| 15D. Durante a gravidez a sra tomou vinho nos três primeiros meses de gravidez? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não Passa para a questão 19D | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| | VINHO1T | <input type="checkbox"/> |
| 16D. Quantos dias por semana? _ | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| | DIAVINHO1T | <input type="checkbox"/> |
| 17D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _ | | |
| 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | QTVINHO1T | |
| 18D. Qual o tipo de vasilha? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Copo comum (200ml) | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Cálice ou taça (400 ml) | | |
| 3. <input type="checkbox"/> Garrafa pequena (300ml) | | |
| 4. <input type="checkbox"/> Garrafa (600-720ml) | | |
| 5. <input type="checkbox"/> Outro | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| | TIPOVINHO1T | <input type="checkbox"/> |
| 19D. Durante a gravidez a sra. tomou vinho dos 4 aos 6 meses de gravidez? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não Passa para a questão 23D | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| | VINHO2T | <input type="checkbox"/> |
| 20D. Quantos dias por semana? _ | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| | DIAVINHO2T | <input type="checkbox"/> |
| 21D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _ | | |
| 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | QTVINHO2T | |

| | | |
|---|-------------|---|
| 22D. Qual o tipo de vasilha? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Copo comum (200ml) | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Cálice ou taça (400 ml) | | |
| 3. <input type="checkbox"/> Garrafa pequena (300ml) | | |
| 4. <input type="checkbox"/> Garrafa (600-720ml) | | |
| 5. <input type="checkbox"/> Outro | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | TIPOVINHO2T | <input type="checkbox"/> |
| 23D. Durante a gravidez a sra. tomou vinho dos 7 meses ao final da gravidez? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não Passe para a questão 27D | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | VINHO3T | <input type="checkbox"/> |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| 24D. Quantos dias por semana? _ | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | DIAVINHO3T | <input type="checkbox"/> |
| 25D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _ | | |
| 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | QTVINHO3T | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 26D. Qual o tipo de vasilha? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Copo comum (200ml) | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Cálice ou taça (400 ml) | | |
| 3. <input type="checkbox"/> Garrafa pequena (300ml) | | |
| 4. <input type="checkbox"/> Garrafa (600-720ml) | | |
| 5. <input type="checkbox"/> Outro | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | TIPOVINHO3T | <input type="checkbox"/> |
| 27D. Durante a gravidez a sra. tomou algum outro tipo de bebida como uisque, vodka, gim, rum? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não Passe para a questão 40D | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | DEST | <input type="checkbox"/> |
| 28D. Durante a gravidez a sra. Tomou algum outro tipo de bebida como uisque, vodka, gim, rum nos primeiros meses de gravidez? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não Passe para a questão 32D | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | DEST1T | <input type="checkbox"/> |
| 29D. Quantos dias por semana? _ | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | DIADEST1T | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|------------|---|
| 30D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) __ __ | | |
| 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | QTDEST1T | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 31D. Qual o tipo de vasilha? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Copo comum (200ml) | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Cálice, taça (400 ml) | | |
| 3. <input type="checkbox"/> Martelo, copo de pinga (100ml) | | |
| 4. <input type="checkbox"/> Lata (350ml) retirar | | |
| 5. <input type="checkbox"/> Garrafa pequena (300ml) | | |
| 6. <input type="checkbox"/> Garrafa (600-720ml) | | |
| 7. <input type="checkbox"/> Outro | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | TIPODEST1T | <input type="checkbox"/> |
| 32D. Durante a gravidez a sra tomou algum outro tipo de bebida como uisque, vodka, gim, rum dos 4 aos 6 meses de gravidez? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não Passa para a questão 36D | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | DEST2T | <input type="checkbox"/> |
| 33D. Quantos dias por semana? __ | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | DIATEST2T | <input type="checkbox"/> |
| 34D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) __ __ | | |
| 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | QTDEST2T | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 35D. Qual o tipo de vasilha? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Copo comum (200ml) | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Cálice, taça (400 ml) | | |
| 3. <input type="checkbox"/> Martelo, copo de pinga (100ml) | | |
| 4. <input type="checkbox"/> Lata (350ml) | | |
| 5. <input type="checkbox"/> Garrafa pequena (300ml) | | |
| 6. <input type="checkbox"/> Garrafa (600-720ml) | | |
| 7. <input type="checkbox"/> Outro | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | TIPODEST2T | <input type="checkbox"/> |
| 36D. Durante a gravidez a sra tomou algum outro tipo de bebida como uisque, vodka, gim, rum dos 7 meses ao final da gravidez? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não Passa para a questão 40D | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | DEST3T | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|------------|---|
| 37D. Quantos dias por semana? __ | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | DIATEST3T | <input type="checkbox"/> |
| 38D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) __ __ | | |
| 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | QTDEST3T | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 39D. Qual o tipo de vasilha? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Copo comum (200ml) | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Cálice, taça (400 ml) | | |
| 3. <input type="checkbox"/> Martelo, copo de pinga (100ml) | | |
| 4. <input type="checkbox"/> Lata (350ml) | | |
| 5. <input type="checkbox"/> Garrafa pequena (300ml) | | |
| 6. <input type="checkbox"/> Garrafa (600-720ml) | | |
| 7. <input type="checkbox"/> Outro | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | TIPODEST3T | <input type="checkbox"/> |

Agora vamos conversar um pouco sobre o hábito de fumar.

| | | |
|---|------------|---|
| 40D. A sra. tem ou teve o hábito de fumar cigarros? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não Passe para a questão 51D | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | HABITOFUMO | <input type="checkbox"/> |
| 41D. Com que idade a sra. começou a fumar cigarros? __ __ | | |
| 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | IDADEFUMO | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 42D. Se a sra. parou de fumar, com que idade parou? __ __ | | |
| 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica ou ainda fuma | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | IDADEPAROU | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 43D. Se a sra. parou, quantos cigarros por dia em média a sra. costumava fumar? __ __ | | |
| 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica ou ainda fuma | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | NCIGPAROU | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 44D. No período de 6 meses antes desta gravidez a sra. fumava? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | FUMOANTES | <input type="checkbox"/> |
| 45D. A sra. fumou durante esta gravidez? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não Passe para questão 51D | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | FUMOGRAV | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|-----------|---|
| 46D. A sra. fumou do 1º ao 3º mês de gestação? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| | FUMO1T | <input type="checkbox"/> |
| 47D. A sra. fumou do 4º ao 6º mês de gestação? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| | FUMO2T | <input type="checkbox"/> |
| 48D. A sra. fumou do 7º mês de gestação até o final? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| | FUMO3T | <input type="checkbox"/> |
| 49D. Durante a gravidez a sra. fumava todos os dias? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| | FUMODIA | <input type="checkbox"/> |
| 50D. Quantos cigarros a sra. fumava por dia? ____ | | |
| 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| | QTFUMO | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 51D. A sra. convive em casa com outras pessoas que fumam? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não Passa para a questão 54D | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| | FUMOCASA | <input type="checkbox"/> |
| 52D. Quantas pessoas que residem com a sra. fumam? _ | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| | QTFUMCASA | <input type="checkbox"/> |
| 53D. Estas pessoas fumam perto da sra. em sua casa? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| | FUMOPERTO | <input type="checkbox"/> |
| 54D. E no trabalho, as pessoas fumam perto da sra.? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| | FUMOTRAB | <input type="checkbox"/> |
| 55D. Caso a sra. tenha ficado próxima a pessoas que fumam, quantas horas por dia fica perto de fumantes? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Menos de 1 hora por dia | | |
| | HORASFUMO | <input type="checkbox"/> |

2. Mais de 1 hora por dia
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

Agora vamos conversar um pouco sobre o consumo de café.

56D. A sra. costumava tomar café uma vez ou mais por semana durante a gravidez?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 1E**
 9. Não sabe

CAFE1T

57D. A sra. costumava tomar café uma vez ou mais por semana nos 3 primeiros meses da gravidez?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 61D**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

CAFE1T

58D. Quantos dias por semana a sra. tomava café? _ _

8. Não se aplica
 9. Não sabe

DIASCAFE1T

59D. Quantas vezes por dia a sra. tomava café? _ _

88. Não se aplica
 99. Não sabe

VEZESCAFE1T

60D. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costumava tomar café?

1. xícara de chá
 2. xícara de cafezinho
 3. meia taça
 4. copo comum – 200 ml
 5. outro _____
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

QTCAFE1T

61D. A sra. costumava tomar café uma vez ou mais por semana dos 4 aos 6 meses da gravidez?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 65D**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

CAFE2T

62D. Quantos dias por semana a sra. tomava café? _ _

8. Não se aplica
 9. Não sabe

DIASCAFE2T

63D. Quantas vezes por dia a sra. tomava café? _ _

88. Não se aplica
 99. Não sabe

VEZESCAFE2T

64D. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costumava tomar café?

1. xícara de chá
2. xícara de cafezinho
3. meia taça
4. copo comum - 200 ml
5. outro _____
8. Não se aplica
9. Não sabe

QTCAFE2T

65D. A sra. costumava tomar café uma vez ou mais por semana dos 7 meses ao final da gravidez?

1. Sim
2. Não **Passa para a questão 1E**
8. Não se aplica
9. Não sabe

CAFE3T

66D. Quantos dias por semana a sra. tomava café? __

8. Não se aplica
9. Não sabe

DIASCAFE3T

67D. Quantas vezes por dia a sra. tomava café? __ __

88. Não se aplica
99. Não sabe

VEZESCAFE3T

68D. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costumava tomar café?

1. xícara de chá
2. xícara de cafezinho
3. meia taça
4. copo comum - 200 ml
5. outro
8. Não se aplica
9. Não sabe

QTCAFE3T

BLOCO E – DADOS DO COMPANHEIRO

Caso o companheiro seja a pessoa com maior renda ou não more junto com a mãe do RN, passe para a questão 1F.

1E. Qual a idade do companheiro atual? __ __

88. Não se aplica – não tem companheiro atual
99. Não sabe

IDCOMP

2E. O seu companheiro sabe ler e escrever?

1. Sim
2. Não
8. Não se aplica
9. Não sabe

LERCOMP

3E. O seu companheiro frequenta ou frequentou escola?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 6E**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

ESSCOMP

4E. Qual o último curso que seu companheiro frequentou ou frequenta?

1. Alfabetização de jovens e adultos
 2. Ensino fundamental ou 1o grau
 3. Ensino médio ou 2o grau
 4. Superior graduação incompleto **Passe para a questão 6E**
 5. Superior graduação completo **Passe para a questão 6E**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

CURSOCOMP

5E. Qual a série que seu companheiro frequenta ou até que série estudou?

1. Primeira
 2. Segunda
 3. Terceira
 4. Quarta
 5. Quinta
 6. Sexta
 7. Sétima
 8. Oitava
 88. Não se aplica
 99. Não sabe

SERIECOMP

6E. O seu companheiro está trabalhando no momento?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 1F**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

TRABCOMP

7E. Qual a ocupação atual (ou no que trabalha) o seu companheiro atual? (Descreva a ocupação. Caso seja aposentado, colocar a última atividade que exerceu).

88. Não se aplica
 99. Não sabe

OCUPCOMP

8E. Qual a relação de trabalho do seu companheiro?

1. Trabalha por conta própria
 2. Assalariado ou empregado
 3. Dono de empresa-empregador
 4. Faz bico
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

RELCOMP

BLOCO F – DADOS DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

1F. Em que mês de gestação a sra. soube que estava grávida?

_

9. Não sabe

MESGRAV

2F. Que idade a sra. tinha quando menstruou pela primeira vez? __

99. Não sabe

IDMENARCA

3F. Qual era sua idade quando a sra. teve sua primeira relação sexual? __

99. Não sabe

IDRELSEX

4F. Que idade a sra. tinha quando engravidou pela primeira vez? __

99. Não sabe

IDGRAV

5F. Quantas vezes a sra. engravidou? (incluindo a gravidez atual) Contar todas as gestações até as que não chegaram no final, inclusive abortos. __

99. Não sabe

GESTA

6F. A gravidez atual foi planejada?

1. Sim2. Não9. Não sabe

PLANGEST

7F. Quantos filhos nasceram vivos (incluindo o atual)? __

99. Não sabe

NASCVIVO

8F. Qual a idade da sra. no início da gestação anterior? __

88. Não se aplica99. Não sabe

IDULTGEST

9F. Quantos partos a sra. teve (incluindo o atual)? __

99. Não sabe

PARTOS

10F. Quantos partos foram cesáreas (incluindo o atual, caso tenha sido cesárea)? _

9. Não sabe

PARTOCESA

11F. O parto anterior da sra. foi:

1. Vaginal/Vaginal com fórceps2. Cesárea8. Não se aplica9. Não sabe

TIPARTOANT

12F. Quantos partos anteriores da sra. foram antes do tempo (prematuros) incluindo o atual? _

9. não sabe

PARTOANTPT

13F. A sra. teve algum aborto?

1. Sim2. Não **Passa para questão 15F**9. Não sabe

ABORTO

14F. Caso sim, quantos abortos foram? _

8. Não se aplica9. Não sabe

QTABORTO

15F. A sra teve algum filho que nasceu morto (incluir atual)?

1. Sim

2. Não **Passar para a questão 17F**

9. Não sabe

NASCMORTO

16F. Caso sim, quantos foram (incluir atual)? _

8. Não se aplica

9. Não sabe

QTMORTO

17F. Quantos filhos vivos a sra. tem atualmente? _ _

99. Não sabe

NFILHOS

BLOCO G - MORBIDADES

Agora vamos conversar com a sra. sobre os problemas que teve durante a gravidez.

1G. A sra. teve hipertensão (pressão alta) fora da gestação diagnosticada por médico ou enfermeiro?

1. Sim

2. Não

9. Não sabe

HIPERT

2G. A sra. teve hipertensão (pressão alta) na gestação atual?

1. Sim

2. Não

9. Não sabe

HIPERTGEST

3G. A sra. teve antes da gestação nível elevado de açúcar no sangue (diabetes) diagnosticado por médico ou enfermeiro?

1. Sim

2. Não

9. Não sabe

DIABETES

4G. A sra. teve nível elevado de açúcar no sangue (diabetes) diagnosticado por médico ou enfermeiro durante a gestação?

1. Sim

2. Não

9. Não sabe

DIABGEST

5G. A sra. teve herpes durante a gestação diagnosticado por médico, enfermeiro ou dentista?

1. Sim

2. Não

9. Não sabe

HERPESGEST

6G. A sra. teve sarampo durante a gestação diagnosticado por médico, enfermeiro ou dentista?

1. Sim

2. Não

9. Não sabe

SARAMPGEST

7G. A sra. teve catapora durante a gestação diagnosticado por médico, enfermeiro ou dentista?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

CATAPGEST

8G. A sra. teve rubéola durante a gestação diagnosticado por médico, enfermeiro ou dentista?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

RUBGEST

9G. A sra. teve algum episódio de febre alta (temperatura acima de 38°) que durou mais de 24 horas durante esta gestação diagnosticada por médico, enfermeiro ou dentista?

1. Sim
 2. Não **Passa para a questão 11G**
 9. Não sabe

FEBREGEST

10G. Caso sim, quantas vezes? __

88. Não se aplica
 99. Não sabe

QTFEBRE

11G. A sra. teve anemia antes da gestação diagnosticado por médico ou enfermeiro?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

ANEMIA

12G. A sra. teve anemia diagnosticado por médico ou enfermeiro durante a gestação?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

ANEMIAGEST

13G. A sra. teve toxoplasmose antes da gestação diagnosticado por médico ou enfermeiro?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

TOXO

14G. A sra. teve toxoplasmose diagnosticado por médico ou enfermeiro durante a gestação?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

TOXOGEST

15G. A sra. teve sífilis antes da gestação diagnosticado por médico ou enfermeiro?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

SIFILIS

16G. A sra. teve sífilis durante a gestação diagnosticado por médico ou enfermeiro?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

SIFILISGEST

17G. A sra. teve alguma infecção urinária/ durante a gestação atual diagnosticada por médico ou enfermeiro?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

INFECURI

18G. A sra. teve algum corrimento vaginal durante a gestação atual?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

CORRIMENTO

19G. A sra. sofreu alguma queda ou acidente durante a gestação?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

QUEDA

20G. A sra. teve algum sangramento vaginal nos últimos 3 meses da gestação atual?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

SANGVAGINA

21G. A sra. foi internada alguma vez durante a gestação atual seja por qualquer motivo?

1. Sim
 2. Não **Passa para a questão 23G**
 9. Não sabe

HOSP

22G. Qual foi o motivo da internação?

88. Não se aplica

98. Não sabe

CAUSAHOSP

23G. A sra. teve ameaça de aborto na gestação atual?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

AMABORTO

24G. A sra. teve ameaça de parto prematuro (antes do tempo) na gestação atual?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

AMPT

| | | |
|---|------------|---|
| 25G. A sra. teve outra doença durante a gestação atual? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não Passe para a questão 27G | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | OUTRAD | <input type="checkbox"/> |
| 26G. Qual doença? _____ | | |
| 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | DOENCAGEST | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 27G. A sra. usou algum remédio durante a gravidez? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não Passe para o bloco H | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | REMGEST | <input type="checkbox"/> |
| Caso tenha utilizando, qual o nome do remédio e qual o mês da gestação a sra. estava quando começou e quando parou (mês da gestação)? Se continua usando, anotar que está em uso? | | |
| 28G. Remédio | | |
| _____ | | |
| 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | NOMEREM1 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 29G. Mês de início_ | | |
| 0. <input type="checkbox"/> Usa desde antes da gravidez | | |
| 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | MESIREM1 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 30G. Mês de término_ | | |
| 10. <input type="checkbox"/> Ainda usa | | |
| 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | MESTREM1 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 31G. Remédio | | |
| _____ | | |
| 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | NOMEREM2 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 32G. Mês de Início_ | | |
| 0. <input type="checkbox"/> Usa desde antes da gravidez | | |
| 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | MESIREM2 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 33G. Mês de término_ | | |
| 10. <input type="checkbox"/> Ainda usa | | |
| 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9.9 <input type="checkbox"/> Não sabe | MESTREM2 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

34G. Remédio

| | | |
|---|----------|---|
| 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| 35G. Mês de início _ | | |
| 0. <input type="checkbox"/> Usa desde antes da gravidez | | |
| 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | NOMEREM3 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 36G. Mês de término _ | | |
| 10. <input type="checkbox"/> Ainda usa | | |
| 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica | MESIREM3 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| | MESTREM3 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 37G. Remédio | | |

| | | |
|---|----------|---|
| 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| 38G. Mês de início _ | | |
| 0. <input type="checkbox"/> Usa desde antes da gravidez | | |
| 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | NOMEREM4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 39G. Mês de término _ | | |
| 10. <input type="checkbox"/> Ainda usa | | |
| 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica | MESIREM4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| | MESTREM4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 40G. Remédio | | |

| | | |
|---|----------|---|
| 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| 41G. Mês de início _ | | |
| 0. <input type="checkbox"/> Usa desde antes da gravidez | | |
| 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | NOMEREM5 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 42G. Mês de término _ | | |
| 10. <input type="checkbox"/> Ainda usa | | |
| 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica | MESIREM5 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| | MESTREM5 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

BLOCO H – CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO ATUAL E DO PRÉ-NATAL

Pergunte se a puérpera dispõe do cartão da gestante e se está de posse do mesmo. Confirme as respostas no cartão

1H. A sra tem cartão da gestante?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica --não fez pré-natal
 9. Não sabe

CARTAO

2H. Qual a data da sua última menstruação (DD/MM/AA)?

__/__/____

99999999. Não sabe

DUM

3H. Caso não saiba a data, informar o mês/ano: __/____

888888. Não se aplica

999999. Não sabe

MESANOUM

4H. Qual o seu peso antes de engravidar? ____ , _ kg

9999. Não sabe

PESOANTES

5H. Qual a sua altura antes de engravidar? ____ , _ cm

9999. Não sabe

ALTURAANT

6H. A sra fez pré-natal?

1. Sim
 2. Não **Passe para questão 39H**
 9. Não sabe

PN

7H. Qual a data da primeira consulta pré-natal (DD/MM/AA)?

__/__/____

88888888. Não se aplica

99999999. Não sabe

DT1CPN

8H. Em que mês de gravidez a sra. iniciou as consultas de pré-natal? __

88. Não se aplica

99. Não sabe

MES1CPN

9H. Quantas consultas de pré-natal a sra. fez no 1º trimestre de a gestação? __

88. Não se aplica

99. Não sabe

QTCPN1T

10H. Quantas consultas de pré-natal a sra. fez no 2º trimestre de a gestação? __

88. Não se aplica

99. Não sabe

QTCPN2T

11H. Quantas consultas de pré-natal a sra. fez no 3º trimestre de a gestação? __

88. Não se aplica

99. Não sabe

QTCPN3T

12H. O médico ou enfermeiro encaminhou a senhora para fazer tratamento com o dentista durante esta gravidez?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

TRATDEN

13H. Quantas consultas médicas a sra. fez no pré-natal? __

88. Não se aplica
 99. Não sabe

QTCPNMED

14H. Quantas consultas com enfermeira(o) a sra. fez no pré-natal? __

88. Não se aplica
 99. Não sabe

QTCPNENF

15H. Quantos exames de radiografia (incluindo radiografias dos dentes) foram feitos durante a gestação atual? __

88. Não se aplica
 99. Não sabe

QTEXRADI

16H. Em que local a sra. fez o pré-natal?

1. SUS
 3. Plano de saúde/ seguro saúde
 4. Particular
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

LOCALNP

17H. Qual a data da última consulta pré-natal (DD/MM/AA)?

__/__/____

88888888. Não se aplica

99999999. Não sabe

DTUCPN

18H. Caso não saiba a data, informar o mês de gravidez aproximado: _

8. Não se aplica
 9. Não sabe

MESUCPN

19H. Quantos exames de ultrassonografia foram feitos durante a gestação atual? _

8. Não se aplica
 9. Não sabe

NUSPN

Durante as consultas de pré-natal o médico ou enfermeira alguma vez:

20H. Solicitou exame de sangue?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

EXSANGUE

21H. Solicitou exame de urina?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

EXURINA

22H. Perguntou a data da última menstruação?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

PDUM

23H. Verificou o seu peso?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

EXPESO

24H. Mediu a sua barriga?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

EXBARRIGA

25H. Receitou Cálcio?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

RECCALCIO

26H. Mediu a sua pressão?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

EXPA

27H. Fez exame ginecológico?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

EXGINEC

28H. Receitou remédio para anemia?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

RECANEMIA

| | | |
|--|------------------|--------------------------|
| 29H. Receitou vitamina? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| | RECVIT | <input type="checkbox"/> |
| 30H. Orientou sobre amamentação? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| | OAMAMENT | <input type="checkbox"/> |
| 31H. O médico perguntou se a sra. estava usando algum medicamento? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| | OMEDIC | <input type="checkbox"/> |
| 32H. Orientou sobre o risco do uso de remédios sem orientação médica durante a gravidez? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| | OREM | <input type="checkbox"/> |
| 33H. Orientou sobre como evitar toxoplasmose durante a gravidez? (lavar muito bem frutas e verduras, não comer carne mal passada, evitar contato com gatos, não manipular terra, lavar muito bem as mãos antes das refeições). | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| | OTOXO | <input type="checkbox"/> |
| 34H. Examinou o seu seio? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| | EXSEIO | <input type="checkbox"/> |
| 35H. Fez exame de prevenção de câncer de colo de útero? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| | EXCOLOUT | <input type="checkbox"/> |
| 36H. Fez exame de sangue para sífilis no pré-natal? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| | EXSIFILIS | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|------------|---|
| 37H. Fez exame de sangue para saber o tipo de sangue? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| 38H. Ofereceu exame de sangue para HIV no pré-natal? | EXTIPOSANG | <input type="checkbox"/> |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | EXHIV | <input type="checkbox"/> |
| 39H. Você tomou vacina contra o tétano? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não Passe para a questão 41H | | |
| 3. <input type="checkbox"/> Já estava vacinada antes da gravidez. Passe para a questão 41H | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | VACTET | <input type="checkbox"/> |
| 40H. Quantas doses de antitetânica a sra. recebeu? _ | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | QTDOSETET | <input type="checkbox"/> |
| 41H. Durante a gestação atual, a sra. recebeu atendimento de auxiliar de enfermagem? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | AUXENFPN | <input type="checkbox"/> |
| 42H. Durante a gestação atual, a sra. recebeu visita do agente de saúde? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | AGSAUDEPN | <input type="checkbox"/> |
| 43H. Durante a gestação atual, a sra. recebeu atendimento de parteira leiga? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | PARTPN | <input type="checkbox"/> |
| 44H. Durante a gestação atual, a sra. recebeu atendimento do programa de Saúde da Família (PSF)? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | PSFPN | <input type="checkbox"/> |
| 45H. Qual o seu peso ao final da gravidez? _ _ _ _ _ kg | | |
| 9999. <input type="checkbox"/> Não sabe | PESOFINAL | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 46H. A sra. fez algum tratamento para engravidar? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não Passe para a questão 11 | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | TRATGRAV | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|-----------|--------------------------|
| 47H. Tomou algum medicamento para induzir a ovulação? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | | |
| 48H. Fez inseminação artificial? | OVULA | <input type="checkbox"/> |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | INSEMINA | <input type="checkbox"/> |
| 49H. Fez fertilização in vitro (bebê de proveta)? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | FERTILIZA | <input type="checkbox"/> |
| 50H. Fez injeção de espermatozoides? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | INJECAO | <input type="checkbox"/> |

BLOCO I - CARACTERÍSTICAS DO PARTO E DO NASCIMENTO

| | | |
|---|------------|---|
| 11. Qual foi o tipo de parto? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Normal | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Cesárea Passa para a questão 4I | | |
| 3. <input type="checkbox"/> Fórceps Passa para a questão 4I | | |
| 4. <input type="checkbox"/> Vácuo extração Passa para a questão 4I | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | TIPARTO | <input type="checkbox"/> |
| 21. Se normal, a sra. fez episiotomia (corte, pique)? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | EPISIO | <input type="checkbox"/> |
| 31. Quantas horas decorreram entre a internação e o parto normal? _ _ | | |
| 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | HORASPARTO | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 41. Foi feita anestesia nas costas? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | ANESTESIA | <input type="checkbox"/> |

51. Caso cesárea, qual foi o motivo para fazer a cesárea?
1. sofrimento fetal (batidas do coração do bebê diminuiu / ou o bebê fez cocô dentro da barriga da mãe)
 2. desproporção feto-pélvica (bacia pequena/bebê grande)
 3. distócia de apresentação (bebê sentado/ posição errada)
 4. hemorragia materna (teve sangramento)
 5. parada de progressão (parou trabalho de parto/ pararam as dores)
 6. eclâmpsia, pré-eclâmpsia (pressão alta)
 7. pós-maturidade (passou do tempo)
 8. morte fetal (o bebê morreu)
 9. diabetes materna (açúcar no sangue)
 10. cesáreas anteriores (já fez outra cesárea antes)
 11. laqueadura (para ligar trompas)
 12. mãe pediu (cesárea porque a mãe queria)
 13. médico quis (na hora o médico resolveu fazer cesárea)
 14. cesárea programada (médico marcou durante gravidez)
 15. cirurgias ginecológicas anteriores (Miomectomia, plástica perineal)
 16. outro _____
 88. não se aplica
 99. não sabe
61. Quantas horas decorreram entre a internação e a cesárea?
-

MOTCESA

88. Não se aplica
99. Não sabe

HORASCESA

71. A sra. ligou as trompas?

1. Sim
2. Não **Passa para a questão 91**
9. Não sabe

LAQUEADURA

81. Qual o motivo pelo qual a sra. ligou as trompas?

1. Já fez muita cesárea
2. Por problemas de saúde. Qual? _____
3. Questões financeiras
4. Já tinha o número de filhos que desejava
5. Outros _____
88. Não se aplica
99. Não sabe

MOTLAQ

9f. O que a sra. sentiu que a fez vir para o hospital?

1. Sangramento vaginal
2. Perdeu líquido (água) vaginal
3. Sentiu contração ou dor ou cólica/ barriga endurecida
4. Febre/ infecção/infecção urinária
5. O bebê parou de mexer/ diminuíram movimentos
6. A vinda foi agendada para esta data
7. O médico encaminhou
8. Outro _____
99. Não sabe

MOTHOSP

10f. Caso tenha feito cesárea, quando a sra. internou já sabia que iria fazer cesárea?

1. Sim
2. Não
8. Não se aplica
9. Não sabe

SABIACESA

11f. A sra. passou por outros serviços (maternidades) antes de vir para esse hospital?

1. Sim
2. Não **Passa para a questão 13f**
9. Não sabe

PEREGRINOU

12f. Caso sim, por quantos serviços passou? _

8. Não se aplica
9. Não sabe

QTPEREG

13f. Quando a sra. foi hospitalizada estava sentindo as dores do trabalho de parto?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

DORPARTO

14f. O médico precisou romper a bolsa?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

ROMPBOLSA

15f. Foi preciso colocar soro ou outro remédio para começar o trabalho de parto ou para ajudar o bebê a nascer?

1. Sim
2. Não **Passa para a questão 18f**
9. Não sabe

SORONASC

16l. Qual a medicação utilizada?

1. Vaginal
 2. Soro (endovenosa)
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

TIPOMED

17l. Por que foi necessário ajudar o bebê a nascer?

1. Passou do tempo de nascer
 2. Pressão alta
 3. Rompeu a bolsa
 4. Incompatibilidade sanguínea (sangue não combina)
 5. O bebê estava morto
 6. O médico indicou
 7. O trabalho de parto parou
 8. Outra razão. Qual? _____
 88. Não se aplica
 99. Não sabe

MOTAJUDA

18l. Quem atendeu ao parto?

1. Médico
 2. Enfermeira
 3. Auxiliar de enfermagem
 4. Parteira leiga
 5. Outro
 9. Não sabe

QUEMPARTO

19l. O parto foi realizado pelo mesmo médico que fez o pré-natal?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

MEDICO

20l. Qual a categoria de atendimento ao parto?

1. SUS
 2. Plano de saúde/ seguro saúde
 3. Particular
 9. Não sabe

CATP

211. Na hora do nascimento, quem atendeu o RN na sala de parto?

1. Médico obstetra
2. Médico pediatra/neonatologista
3. Anestesiista
2. Enfermeira
3. Auxiliar de enfermagem
4. Parteira leiga
5. Outro _____
99. Não sabe

ATENDRN

221. O pediatra falou com a sra na sala de parto antes ou depois que o bebê nasceu?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

PEDIATRA

231. Número de filhos nascidos no parto: _

9. Não sabe

FETOS

BLOCO J – EXPOSIÇÃO AO CITOMEGALOVÍRUS (CMV)

1J. Na sua casa morou ou está morando alguma criança?

1. Sim
2. Não **Passe para a questão 8J**
9. Não sabe

MORACRI

2J. Caso sim, ela tem até três anos de idade?

1. Sim
2. Não **Passe para a questão 8J**
8. Não se aplica
9. Não sabe

CRIMATE3

3J. Caso tenha até 3 anos de idade, ela morou com a sra. durante a gestação?

1. Sim
2. Não
8. Não se aplica
9. Não sabe

MOROUGEST

4J. Caso a criança não tenha morado com a sra. durante sua gestação, a criança morou com a sra. nos 12 meses anteriores?

1. Sim
2. Não
8. Não se aplica
9. Não sabe

MOROU12M

5J. Essa(s) criança(s) frequentam creches ou escolas?

1. Sim

2. Não **Passe para a questão 8J**

8. Não se aplica

9. Não sabe

6J. Quantos dias da semana a(s) criança(s) frequenta(m) a creche ou escola? _

8. Não se aplica

9. Não sabe

7J. Quantas horas por dia da semana a(s) criança(s) frequenta(m) a creche ou escola? __

88. Não se aplica

99. Não sabe

8J. A sra. realizou algum cuidado direto com crianças de 3 anos ou menores (como trocar as fraldas, dar banhos, alimentar o bebê, etc.)? Incluindo crianças de sua família ou para amigos de seus filhos, ou no seu trabalho durante o ano que antecedeu ou atualmente na sua gravidez?

1. Sim

2. Não

8. Não se aplica

9. Não sabe

9J. Caso a sra. tenha realizado algum cuidado direto com crianças de 3 anos ou menores, qual a frequência de cuidados com essa criança?

1. Menos de 12 vezes no ano

2. Uma vez por mês

3. Duas ou mais vezes no mês

4. Uma vez por semana

5. Mais de uma vez por semana

8. Não se aplica

9. Não sabe

BLOCO K – DADOS DO PRONTUÁRIO

1K. Há registro de administração de ocitocina durante o trabalho de parto?

1. Sim

2. Não

2K. Horário de início do medicamento (indução): __: __

8888. Não se aplica 9999. Não informado

3K. Horário do término do medicamento (indução): __: __

8888. Não se aplica 9999. Não informado

4K. Caso o parto tenha sido cesárea, anotar a indicação da cesárea do prontuário _____

88. Não se aplica 99. Não informado

5K. Registro da idade gestacional avaliada pela Ultrassonografia (anotar o primeiro ultrassom) __ semanas

99. Não informado

6K. Data da Ultrassonografia __/__/____

99999999. Não informado

CRECHE

DIASCRECHE

HORACRECHE

CUIDACRI

QTCUIDA

OCITOCINA

HORAIMED

HORATMED

INDICACESA

IDGESTUS

DATAUS

ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº223/2009

Pesquisador (a) Responsável: **Antônio Augusto Moura da Silva**

Equipe executora: **Antônio Augusto Moura da Silva, Marco Antonio Barbieri, Heloisa Bettioli, Fernando Lamy Filho, Liberata Campos Coimbra, Maria Teresa Seabra S.B. e Alves, Raimundo Antonio da Silva, Valdinar Sousa Ribeiro, Vania Maria de Farias Aragão, Wellington da Silva Mendes, Zeni Carvalho Lamy, Mari Ada Conceição Saraiva, Alcione Miranda dos Santos, Arlene de Jesus Mendes Caldas, Cecília Claudia Costa Ribeiro, Silma Regina P. Martins, Flávia Raquel F. Nascimento, Marília da Glória Martins, Virginia P.L. Ferriani, Marisa Márcia M. Pinhata, Jacqueline P. Monteiro José S. Camelo Junior, Carlos Eduardo, Martinelli Júnior, Sonir Roberto R. Antonini e Aparecida Yulie Yamamoto**

Tipo de Pesquisa: **Projeto Temático**

Registro do CEP: **350/08** Processo **4771/2008-30**

Instituição onde será desenvolvido: Hospital Universitário, Maternidade Marly Sarney, Clínica São Marcos, Maternidade Benedito Leite, Maternidade Maria do Amparo, Santa Casa de Misericórdia do Maranhão, Maternidade Nazira Assub, Clínica São José e Clínica Luiza Coelho.

Grupo: **III**

Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia **20.03.08** o processo Nº. **4771/2008-30**, referente ao projeto de pesquisa: **"Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e conseqüências dos fatores perinatais na saúde de criança: coortes de nascimento em duas cidades brasileiras"**, tendo como pesquisadora responsável **Antônio Augusto Moura da Silva**, cujo objetivo geral é **"Investigar novos fatores na etiologia da prematuridade, utilizando-se abordagem integrada e colaborativa em duas cidades brasileiras numa coorte de conveniência, iniciada no pré-natal"**.

Tendo apresentado pendências na época de sua primeira avaliação, veio em tempo hábil supri-las adequada e satisfatoriamente de acordo com as exigências das Resoluções que regem esse Comitê. Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luís – Maranhão Tel: (98) 2109-1250
E-mail cep@huufma.br

ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (continuação)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Solicita-se à pesquisadora o envio a este CEP, relatório parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD ROM.

São Luis, 08 de abril de 2009.

João Inácio Lima de Souza
Prof. Dr. João Inácio Lima de Souza
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da UFMA
Ethica homini habitat est