



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Helena Silva do Nascimento

**Prevalência das SHG e fatores associados em maternidades privadas que participaram
da Pesquisa Nascer Saudável**

Rio de Janeiro

2022

Helena Silva do Nascimento

Prevalência das SHG e fatores associados em maternidades privadas que participaram da Pesquisa Nascir Saudável

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Epidemiologia geral.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria do Carmo Leal

Coorientadoras: Prof^ª. Dr^ª. Denise Cavalcante de Barros e Prof^ª. Dr^ª. Tatiana Henriques Leite

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Prevalence of HDP and associated risk factors in private maternity hospitals that participated in Born Health Research.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

N244 Nascimento, Helena Silva do.
Prevalência das SHG e fatores associados em maternidades privadas que participaram da Pesquisa Nascer Saudável / Helena Silva do Nascimento. -- 2022.
144 f. : tab.

Orientadora: Maria do Carmo Leal.
Coorientadoras: Denise Cavalcante de Barros e Tatiana Henriques Leite.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. Hipertensão. 2. Estado Nutricional. 3. Sobrepeso. 4. Obesidade. 5. Ganho de Peso na Gestação. 6. Hipertensão Induzida pela Gravidez. 7. Estudo de Avaliação. 8. Prevalência. I. Título.

CDD – 23.ed. – 616.132

Helena Silva do Nascimento

Prevalência das SHG e fatores associados em maternidades privadas que participaram da Pesquisa Nascer Saudável

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Epidemiologia geral.

Aprovada em: 9 de março de 2022

Banca Examinadora

Prof^o Dr Fernando Maia Peixoto Filho
Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Fernandes Figueira

Prof^a Dr^a Silvana Granado Silveira da Gama
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof^a Dr^a Maria do Carmo Leal (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Maria José e Glauco, por todo apoio, compreensão e amor, por estarem ao meu lado a cada decisão tomada. Por serem exemplo de estudo e determinação que foram importantes na minha formação; e minha irmã, Clara, por entender meus surtos ao longo desse caminho e me encher de livros de terror e suspense para me acalmar.

Ao Fábio, por estar presente em mais uma etapa, me fazer rir quando eu mais precisava, por entender o meu cansaço, e, por acreditar que eu conseguiria fazer o que precisava ser feito.

Às minhas orientadoras, Prof.^a Maria do Carmo Leal pela paciência e compreensão, Prof.^a Denise Barros por ter me dado uma chance (depois de eu ficar meses atrás dela), pela paciência e pelo carinho e a Prof.^a Tatiana Henriques, por ter segurado minha mão nesse processo (principalmente com o Stata), pela paciência, carinho e compreensão.

Às minhas amigas, Jéssica e Mariana, que deram um novo significado a palavra amizade, pois mesmo a distância, os dias de estudo e escrita foram muito mais proveitosos.

A toda a minha turma de mestrado, professores e funcionários da ENSP.

RESUMO

As Síndromes Hipertensivas na Gestação (SHG) são importantes causa de morbimortalidade materna no Brasil e no mundo. O excesso de peso e a obesidade pré-gestacionais, o ganho de peso ao longo da gestação, a idade materna acima dos 35 anos e doenças crônicas preexistentes são fatores de risco para as SHG. A identificação precoce destas é essencial para o cuidado e boa evolução da gestação. O objetivo do estudo foi identificar a prevalência de qualquer SHG em puérperas assistidas por hospitais privados e características que podem predizer esse problema na gestação. Metodologia: Este estudo foi realizado com dados do Estudo Nascer Saudável, estudo que avaliou a implementação do Projeto Parto Adequado em hospitais privados que aderiram a essa iniciativa. O estudo foi realizado nos anos de 2017 e 2018, e incluiu 7.102 puérperas. Para análise, foram selecionadas mulheres no pós-parto com conceitos vivos, ou a um natimorto com peso ao nascer $\geq 500\text{g}$ e/ou IG ≥ 22 semanas gestacionais. Foi realizada uma análise univariada para descrever a população estudada e uma regressão logística multinomial para estimar a associação entre qualquer SHG, IMC pré-gestacional e ganho de peso adequado na gestação. Resultados: A prevalência de qualquer SHG no “Estudo Nascer Saudável” foi 14,6%, a amostra é composta, em sua maioria, por mulheres brancas, com idade entre 20 e 35 anos e pertencentes a classe econômica B. Na regressão logística, as variáveis cor de pele (OR 2,11; IC95% 1,5 – 2,8), IMC pré-gestacional de excesso de peso (OR 1,58; IC95% 1,3 – 1,9) e obesidade (OR 3,93; IC95% 3,2 – 4,9) e ganho de peso gestacional acima do esperado (OR 1,48; IC95% 1,2 – 1,8) foram significativas. Quando há associação das variáveis IMC pré-gestacional e ganho de peso na gestação, mulheres obesas com ganho de peso acima do esperado tem 5.6 vezes (OR 5,62; IC95% 4,3 – 7,3) mais chances de desenvolver SHG quando comparadas com mulheres eutrófica com ganho de peso esperado ao longo da gestação. Discussão: A prevalência de SHG foi de 14,6%, sendo próxima a outras estimativas. O IMC pré-gestacional e o elevado ganho de peso gestacional foram fatores de risco que se destacaram como preditores das SHG. Quando associados, as chances de desenvolvimento aumentam ainda mais. A identificação precoce desses fatores e o controle destes pode levar a melhores desfechos gestacionais para essas puérperas e diminuir as chances de desenvolvimento das SHG.

Palavras-chave: Hipertensão, Estado Nutricional, Sobrepeso, Obesidade, Ganho de Peso na Gestação

ABSTRACT

Hypertensive Disorders during Pregnancy (HDP) are an important cause of maternal morbidity and mortality in Brazil and worldwide. Pre-pregnancy overweight and obesity, weight gain during pregnancy, maternal age over 35 years and pre-existing chronic diseases are risk factors for HDP. Their early identification is essential for pregnancy good care and evolution. The objective of the study was to identify the prevalence of any HDP in puerperal women assisted by private hospitals and characteristics that can predict this problem during pregnancy. Methodology: This study was carried out with data from “Born Healthy” study, a study that evaluated the implementation of Adequate Childbirth Project (APP) in private hospital that joined the initiative. The study was carried out in 2017 and 2018, including 7,102 postpartum women. For analysis, postpartum women with live fetuses and stillbirth with birth weight ≥ 500 g and/or IG ≥ 22 gestational weeks were selected. A univariate analysis was performed to describe the study population and a multinomial logistic regression was performed to estimate the association between any HGS, prepregnancy BMI and adequate weight gain during pregnancy. Results: The prevalence of any HDP in “Born Healthy Study” was 14,6%, the sample is composed of White women, aged between 20 and 35 years and belong to economic class B. In logistic regression the variables skin color (OR 2,11; IC95% 1,5 – 2,8), overweight prepregnancy BMI (OR 1,58; IC95% 1,3 – 1,9) and obesity (OR 3,93; IC95% 3,2 – 4,9) and higher-than-expected gestational weight gain (OR 1,48; IC95% 1,2 – 1,8) were significant. When there is an association of the variables pre-pregnancy BMI and weight gain during pregnancy, obese women with weight gain above the expected have 5.6 fold (OR 5,62; IC95% 4,3 – 7,3) more likely to develop HDP when compared to eutrophic women with expected weight gain throughout pregnancy. Discussion: The prevalence of HDP was 14,6%, being close to other estimates. Pre-gestational BMI and high gestational weight gain were factors that stood out as predictors of HDP. When associated, the chances of development increase even more. The early identification of the factors and their control can lead to better pregnancy outcomes for these puerperal women and reduce the chances of developing HDP.

Keywords: Hypertension, Nutritional Status, Overweight, Obesity, Weight Gain During Pregnancy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Descrição das características da população de estudo e prevalência de qualquer síndrome hipertensiva na gestação por subgrupos.....	30
Tabela 2 -	Regressão logística bruta e ajustada para avaliar as variáveis preditoras de hipertensão na gestação	32
Tabela 3 -	Regressão logística bruta e ajustada para avaliar a interação das variáveis preditoras de hipertensão na gestação.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG	American College of Obstetritians and Gynecologist
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
HAC	Hipertensão Arterial Crônica
HG	Hipertensão Gestacional
HIAE	Hospital Israelita Albert Einstein
IG	Idade Gestacional
IHI	Institute for a Healthcare Improvement
IMC	Índice de Massa Corporal
PA	Pressão Arterial
PE	Pré-eclâmpsia
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PPA	Projeto Parto Adequado
SHG	Síndromes Hipertensivas na Gestaçào

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	12
2.1	SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	12
2.1.1	Classificação	12
2.1.1.1	Hipertensão Arterial Crônica.....	12
2.1.1.2	Hipertensão Gestacional.....	12
2.1.1.3	Pré-eclâmpsia sobreposta a Hipertensão Crônica.....	12
2.1.1.4	Pré-eclâmpsia.....	12
2.1.2	Prevalência e fatores de risco	13
2.1.3	Consequências para a gestação e saúde materna	14
2.1.4	Consequências para o recém-nascido	15
2.1.5	Desafios atuais no enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis: hipertensão arterial crônica e obesidade	15
2.1.6	Políticas públicas e ações programáticas estratégicas relacionadas a mitigação e controle doenças crônicas não transmissíveis: hipertensão arterial crônica e obesidade	16
3	OBJETIVOS	18
3.1	OBJETIVO GERAL	18
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
4	JUSTIFICATIVA	19
5	MÉTODO	20
5.1	CONTEXTO DO ESTUDO.....	20
5.2	AMOSTRAGEM.....	21
5.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	22
5.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO, SUAS INTER-RELAÇÕES E RESPECTIVOS INSTRUMENTOS DE AFERIÇÃO.....	23
5.2.1	Qualquer síndrome hipertensiva	23
5.2.2	Características socioeconômicas	24
5.2.3	Histórico obstétrico	24
5.2.4	Gestação atual	25
5.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	25
5.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	26

6	RESULTADOS	27
6.1	ARTIGO	27
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
	REFERÊNCIAS	38
	APÊNDICE – Sintaxe da variável qualquer síndrome hipertensiva na gestação	45
	ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido entrevista com a puérpera	47
	ANEXO B - Questionário Hospitalar – Puérpera	50
	ANEXO C - Instrumento para coleta de dados do prontuário	109

1 INTRODUÇÃO

As Síndromes Hipertensivas na Gestação (SHG) são alterações que impactam na saúde materna e estão diretamente relacionadas a morbimortalidade materna ao redor do mundo, afetando cerca de 10% das gestantes, sendo a segunda causa direta de mortalidade materna no mundo (SAY ET AL, 2014). Países de baixa e média renda têm prevalência até 20 vezes maior quando comparados com países de alta renda (SUTTON ET AL, 2018). Na América Latina e Caribe a hipertensão na gestação é responsável por 22% das mortes maternas, sendo a principal causa no Brasil (SAY ET AL, 2014).

As SHG são classificadas pela *American College of Obstetricians and Gynecologist* (2019) em quatro categorias: hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia, pré-eclâmpsia sobreposta a hipertensão crônica e hipertensão gestacional. A identificação precoce dessas síndromes é de grande importância tanto para o manejo da gestação em curso quanto para o acompanhamento posterior da gestante, visto que as SHG aumentam os riscos de desfechos maternos e neonatais desfavoráveis, sendo a pré-eclâmpsia, a mais comum. Além disso, a hipertensão na gestação também é um marcador importante de maior risco cardiovascular ao longo da vida da mulher (GAROVIC ET AL, 2020 & LEAL, ET AL, 2020).

Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento das SHG, destacam-se a idade materna acima dos 35 anos, obesidade, doença renal e hipertensão arterial crônica (HAC) (BRAMHAM ET AL, 2014). A HAC tem fatores de risco semelhantes aos da SHG, como sobrepeso, obesidade e idade avançada, além de ser agravada por outros fatores como: sedentarismo, alimentação inadequada, consumo abusivo de álcool e tabagismo (KERBER ET AL, 2017 & DOS SANTOS ET AL, 2017). Estes fatores estão presentes no cotidiano das populações, incluindo as mulheres em idade fértil, e o resultado disso é o aumento, em 25%, da prevalência das SHG ocorrido nas últimas décadas (SUTTON ET AL, 2018 & BENSCHOP ET AL, 2019). O controle dos fatores de risco e o diagnóstico precoce de HAC são de extrema importância para ação e manejo da gestação, a fim de evitar desfechos adversos (HARRIS ET AL, 2019).

O excesso de peso e a obesidade são comorbidades que se destacam por terem grande influência na evolução da gestação e puerpério, principalmente quando presentes desde o início da gestação. Estudos realizados em países desenvolvidos têm sugerido um aumento na prevalência de pré-eclâmpsia acompanhado por um aumento na prevalência de obesidade ao longo do tempo (POSTON ET AL, 2016), o que indica que as mulheres com obesidade têm maiores riscos de desenvolver hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia.

Quando ocorre de forma adequada, o ganho de peso ao longo da gestação traz benefícios, contudo o ganho excessivo de peso aumenta o risco de eventos desfavoráveis, como síndrome hipertensiva na gestação, pré-eclâmpsia e hemorragia pós-parto (CAMPOS ET AL, 2019). Há que se considerar que o estado nutricional pré-gestacional impacta tanto no ganho de peso ao longo da gestação, quanto no aumento das chances de desenvolver SHG (CARVALHAES ET AL, 2013).

O histórico prévio de SHG confere um aumento importante no risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares (GAROVIC ET AL, 2020). Ademais, a presença de HAC aumenta consideravelmente as chances de desenvolvimento de pré-eclâmpsia sobreposta a hipertensão crônica (SUTTON ET AL, 2018 & ACOG,2019).

O acompanhamento pré-natal constitui-se uma das ações fundamentais para prevenção e tratamento dos desfechos maternos e neonatais (VIELLAS ET AL, 2014), além de ser uma grande janela de oportunidade para identificar o estado nutricional da gestante pelo Índice de Massa Corporal (IMC) pré gestacional, monitorar o ganho de peso na gestação e prevenir eventos cardiovasculares futuros (HARRIS ET AL, 2019).

O presente trabalho tem como a população de estudo, mulheres atendidas em hospitais privados de diferentes regiões do país. Em geral, são pessoas que possuem melhor escore econômico, maior escolaridade, maior acesso a informação e a serviços de saúde. Essas características propiciam uma situação positiva na atenção a saúde e, por esse motivo, será observado qual o desenvolvimento das SHG em um contexto de maior proteção social. Além disso, é um grupo populacional pouco estudado e por isso este trabalho será importante para compreender diferenças entre a população que frequenta o sistema privado de saúde e o sistema público.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 - SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO (SHG)

2.1.1 Classificação

As SHG são classificadas em quatro categorias de acordo com a *American College of Obstetricians and Gynecologist* (ACOG, 2013; ACOG, 2019) são elas: hipertensão crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e pré-eclâmpsia sobreposta a hipertensão arterial crônica.

2.1.1.1 - Hipertensão arterial crônica (HAC) - É definida pela hipertensão diagnosticada antes da gestação ou até a 20^a semana gestacional, além disso, essa hipertensão não se resolve no período pós-parto. Usualmente, a hipertensão é caracterizada pelo valor de pressão arterial (PA) sistólica de 140 mmHg ou mais, PA diastólica de 90 mmHg ou mais ou elevação das duas medidas. Para a determinação da HAC são necessárias duas aferições com, no mínimo, 4 horas de diferença ou em ocasiões diferentes (ACOG, 2019).

2.1.1.2 - Hipertensão gestacional (HG) – Quando na ausência de história de hipertensão arterial anterior à gestação há alteração da pressão arterial, pressão sistólica ≥ 140 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mm Hg, medidas em duas ocasiões ou com no mínimo 4 horas de diferença, após a 20^a semana de gestação, sem estar acompanhada de nenhum sinal, sintoma ou alteração laboratorial que caracterize a pré-eclâmpsia, e deve cessar em até 12 semanas após o parto (ACOG, 2013).

2.1.1.3 - Pré -eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica – Ocorre quando há complicações da hipertensão crônica preexistente. O diagnóstico ocorre, principalmente, por exclusão. O aumento repentino da pressão arterial ou o aparecimento de proteinúria/exacerbação do valor de proteinúria prévia, estão relacionados ao possível diagnóstico de pré-eclâmpsia sobreposta da hipertensão arterial crônica. Trombocitopenia, alteração repentina de enzimas hepáticas para valores anormais e desenvolvimento sugestivo de sintomas de PE auxiliam na identificação (ACOG, 2019).

2.1.1.4 - Pré-esclâmpsia (PE) - Quando ocorre aumento da hipertensão arterial após a 20^a semana associada a trombocitopenia (contagem de plaquetas abaixo de 100mil/mm³), disfunção hepática (aumento de pelo menos o dobro dos níveis normais de transaminases), insuficiência renal (creatinina maior que 1,1 mg/dl ou aumento de 2 vezes do valor prévio), edema agudo de pulmão ou início de distúrbios cerebrais ou visuais, o diagnóstico não depende da presença de proteinúria significativa (excreção de 300 mg ou mais de proteína em coleta de urina 24 hrs) (ACOG, 2013).

Um dos desdobramentos da PE é a Síndrome de HELLP, que afeta de 10 a 20% das gestantes com essa condição. A sigla HELLP é um acrônimo para hemólise, aumento das enzimas hepáticas (elevated liver enzymes) e plaquetopenia (low platelets), causando um comprometimento hepato-hematológico (FEBRASGO, 2017). A eclâmpsia é a condição mais grave da SHG, sendo caracterizada pela presença de convulsões tonicoclônicas em gestantes com pré-eclâmpsia e sem diagnóstico de epilepsia. É uma condição considerada grave e com elevada letalidade, ocorrendo na gravidez e parto, e em algumas situações no pós-parto (PERACOLI ET AL, 2018).

2.1.2 Prevalência e fatores de risco

No mundo a estimativa de gestantes acometidas pela SHG é de cerca de 10%, contribuindo para o aumento da morbidade e mortalidade materna (DULEY ET AL, 2017). No Brasil, os dados do estudo “Nascer no Brasil” mostram que a prevalência de desordens hipertensivas durante a gestação foi de 12,5% na amostra coletada entre os anos de 2011 e 2012 (NAKAMURA-PEREIRA ET AL, 2016).

A prevalência de hipertensão arterial crônica é maior entre mulheres com baixo nível educacional e socioeconômico e que, em geral, residem em regiões mais pobres, quando comparamos com mulheres de maior nível social e econômico. Por esse motivo, mulheres com essas características são as mais acometidas pela doença (DAMASCENO ET AL, 2020). Como exemplo, 99% das mortes associadas à pré-eclâmpsia/eclâmpsia ocorrem em países de baixa e média renda (PERACOLI ET AL, 2018).

Gomes et al (2020), em um estudo transversal, com base nos dados do DATASUS sobre mortalidade materna, observou que entre os anos de 2010 e 2017, houve um total de 8.992 mortes por causas obstétricas diretas no Brasil, sendo a pré-eclâmpsia responsável por 10,5% óbitos maternos e a eclâmpsia por 14,0%.

As SHG têm como fatores de risco a idade materna superior a 35 anos, sedentarismo, sobrepeso ou obesidade pré-gestacional, ganho de peso gestacional excessivo, primiparidade, histórico de SHG, gestação gemelar e HAC. Fatores socioeconômicos como renda e escolaridade também impactam no desenvolvimento das SHG. O sedentarismo, excesso de peso e obesidade, idade avançada e fatores socioeconômicos também estão relacionados ao aumento de risco de desenvolver HAC (PERACOLI ET AL, 2018; DAMASCENO ET AL, 2020)

O acesso ao pré-natal é de grande importância para o acompanhamento da mulher durante a gestação e no pós-parto, considerando ser este um momento oportuno no qual ocorre uma série de ações que promovem a saúde da gestante, além de prevenir, diagnosticar e tratar

qualquer situação para alcançar desfecho gestacionais positivos (LEAL ET AL, 2020).

2.1.3 Consequências para a gestação e saúde materna

O período da gestação é marcado pela necessidade de cuidados especiais para uma boa evolução da gestação e do parto. As SHG são consideradas complicações importantes no período gestacional, pois estão relacionadas a desfechos maternos desfavoráveis. Dentre as complicações para a mãe estão: falência cardíaca, comprometimento da função renal, encefalopatia hipertensiva e deslocamento prematuro da placenta (ACOG, 2019; LEAL ET AL, 2020).

O acompanhamento pré-natal cria uma oportunidade para garantir melhores condições frente o diagnóstico de alguma SHG. Cerca de 20 a 50% de mulheres com HAC podem desenvolver o quadro de pré-eclâmpsia sobreposta a hipertensão crônica, uma incidência cinco vezes maior quando comparado a gestante que não tenham diagnóstico anterior de HAC (SUTTON ET AL, 2018; ACOG, 2019). Além disso, as taxas de mortalidade e morbidade materna são maiores em paciente com pré-eclâmpsia sobreposta a hipertensão crônica, quando comparados com gestantes somente com PE e sem HAC preexistente (SUTTON ET AL, 2018).

Um dos desdobramentos da PE é a Síndrome de HELLP, esta pode levar ao desenvolvimento de disfunção hepática, e em casos raros a falência hepática. Sangramento excessivo e hemorragia pós-parto causadas por trombocitopenia e comprometimento da função renal. Tanto a PE quanto a HG desaparecem no pós parto (SUTTON ET AL, 2018).

A HAC também está associada a desfechos desfavoráveis após a conclusão da gestação, visto que as complicações podem se estender após o parto, aumentando o risco para o desenvolvimento de falência renal, acidente vascular encefálico (AVE), doença isquêmica do coração, infarto e falência respiratória (SUTTON ET AL, 2018; BEHRENS ET AL, 2017). As SHG também aumentam as chances de desenvolver doenças cardiovasculares após o parto, o que demonstra que os anos seguintes são importantes para acompanhamento dessas mulheres (MELKIORRE ET AL; BEHRENS ET AL, 2017).

No Brasil, a taxa de mortalidade materna é considerada alta (59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos) e a hipertensão arterial é a principal causa do evento de morbimortalidade materna (PERACOLI ET AL, 2018). Por outro lado, países desenvolvidos possuem baixa taxas de mortalidade materna e causas como hemorragia pós-parto tem maior relevância nesses cenários (SAY ET AL, 2014; BARROSO ET AL, 2021).

2.1.4 Os desfechos das SHG para o recém-nascido

As SHG também afetam a saúde fetal, trazendo como possíveis consequências o deslocamento prematuro da placenta, sofrimento fetal, aborto espontâneo, baixo peso ao nascer, recém-nascido pequeno para idade gestacional, prematuridade, morte perinatal, e restrição do crescimento fetal (ACOG, 2013 e 2019; LEAL ET AL, 2020). Quando ocorre HAC, a PE tende a ter um início mais precoce e com sintomas mais severos e o prognóstico para a mãe e o bebê é menos favorável quando comparado com cada condição isolada. O risco relativo de mortalidade perinatal é de 3,6 vezes maior em mulheres com pré-eclâmpsia sobreposta a hipertensão crônica, quando comparadas com grávidas normotensas (ACOG, 2019). Quando ocorre Síndrome de HELLP há comprometimento da saúde fetal com restrição no crescimento, oligodramnia e ruptura de placenta, podendo levar a morte materna e fetal (DULEY ET AL, 2017).

2.1.5 Os desafios atuais no enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Hipertensão Arterial Crônica e Obesidade

Nas últimas décadas, o Brasil passou por importantes transições demográfica, epidemiológica e nutricional, que, por sua vez, impactaram diretamente na saúde da população. O aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na população brasileira é um dos cenários que se observa nas últimas décadas (SILVA ET AL, 2021).

O consumo abusivo de álcool, o tabagismo, alimentação inadequado e o sedentarismo são fatores de risco para as DCNT, que vem aumentando na população. Além desses, não podemos deixar de considerar outros fatores como idade, sexo, raça/cor e antecedentes clínicos e familiares (BAZÍLIO ET AL, 2017).

Mulheres em idade reprodutiva também estão expostas a essas condições, podendo iniciar a gestação sob a influência de muitos destes fatores de risco e/ou com alguma DCNT (WHO, 2014; WHELTON ET AL, 2017). A HAC e a obesidade se destacam, dentre as DCNT, por ter importante relação com o desenvolvimento das SHG, gerando uma necessidade de acompanhamento mais próximo para garantir melhores desfechos perinatais (BARROSO ET AL, 2021; VIELLAS ET AL, 2014).

No Brasil, estudos populacionais mostram uma prevalência de HAC entre adultos brasileiros que varia de 21,4% (PNS, 2013) a 24,7% (BRASIL, 2019) e demonstram que os grupos mais afetados foram as mulheres, adultos com menor escolaridade e pessoas com idade mais avançada (75 anos ou mais) (BARROSO ET AL, 2021; PNS 2013; ANDRADE ET AL, 2013; BRASIL, 2019).

O excesso de peso e obesidade também aumentaram na população brasileira na última década. Dados do Inquérito Telefônico de Vigilância de Fatores de Risco e proteção para Doenças Crônicas (VIGITEL) mostraram que no ano de 2006 a prevalência de excesso de peso foi de 42,6% e no ano de 2019 foi de 55,4%, apontaram um aumento na prevalência ao longo dos anos (BRASIL, 2019). Entre as mulheres, essa prevalência foi de 37,1% para 49,4% de sobrepeso e 11,3% para 18,3%, de obesidades nos respectivos anos (RODRIGUES ET AL, 2021).

Mulheres com menor escolaridade apresentaram as maiores prevalências de excesso de peso, independente da faixa etária. Esse quadro se configura a partir da vulnerabilidade socioeconômica desse grupo, seja por dificuldade de acesso a alimentos naturais, seja por maior acesso a alimentos ultraprocessados, que por sua vez possuem alta densidade calórica, ou ainda, por não conseguirem praticar atividades físicas (SILVA ET AL, 2021).

2.1.6 Políticas públicas e ações programáticas estratégicas relacionadas a mitigação e controle Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Hipertensão Arterial Crônica e Obesidade

Desde 2006 por meio da Política Nacional de Promoção a Saúde (BRASIL, 2006), foram sedimentadas as ações relacionadas a promoção da alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do álcool e tabaco e investimento nos estados e municípios para uma implementação intersetorial e integrada. Soma-se a isso outras políticas que já ocorriam anteriormente, como a Política Nacional de Controle de Tabaco, que propõe ações de reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco (INCA, 2014).

Com o objetivo de engajar os governos no enfrentamento das DCNT foi desenvolvido o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2021. Esse plano busca definir e priorizar as ações e investimentos para o enfrentamento das DCNT em 10 anos e visa atingir toda a população atendida pelo SUS, por meio de ações de educação e promoção da saúde (BRASIL, 2011). Dentre as medidas do Plano relacionadas com o controle da HAC, temos as voltadas para a redução de sódio na alimentação. Esta ocorreu de duas formas: redução voluntária do conteúdo de sódio de alimentos processados e por campanha midiáticas de redução de sal adicionado nos alimentos (NILSON ET AL, 2012).

Com as mudanças ocorridas no padrão alimentar da população brasileira, em 2007, iniciou-se um processo de cooperação entre o Ministério da Saúde e a Associação Brasileira das Indústrias de Alimentos, com o objetivo de trabalhar nas propostas de reformulação de produtos

processados, visando o controle do sódio, gordura e açúcares (NILSON ET AL, 2012). O resgate da alimentação focada em alimentos naturais e minimamente processados também se tornou necessário. Para tal foi desenvolvido O Guia Alimentar da População Brasileira (2014), que tem por objetivo abordar os princípios e recomendações de uma alimentação adequada para a população, sendo um instrumento de apoio para a educação nutricional e promoção da saúde (BRASIL, 2014).

Para as gestantes, as ações voltadas para o cuidado, promoção, prevenção e educação em saúde se concentram na atenção e assistência pré-natal. O acompanhamento da gestação é de grande importância para a boa evolução da mesma e melhores desfechos perinatais. Esse momento também é essencial para identificação precoce de doenças que possam colocar em risco a saúde da mulher e de seu conceito, sendo as SHG e a obesidade doenças alvo (VIELLAS ET AL, 2014).

O início da gestação com excesso de peso aumenta as chances de acometimentos de saúde significativos, como: SHG, diabetes gestacional, macrossomia e prematuridade. O peso pré-gestacional também impacta no ganho de peso ao longo da gestação, que também é um marcador importante na evolução da gestante. Nos últimos anos vem sendo observada uma mudança no perfil dessas gestantes, onde muitas iniciam a gestação com excesso de peso ou obesidade. O sedentarismo, a alimentação inadequada, o consumo abusivo de álcool e o tabagismo também são outros fatores de risco para a gestação que podem estar presente nesse momento, além de serem fatores importantes no desenvolvimento da HAC (BRANDÃO, 2020).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) preconiza o acompanhamento dessas gestantes em intervalos menores que o habitual, visando garantir o ganho de peso adequado. Utilizando esses dois marcadores é possível planejar e conduzir um bom acompanhamento pré-natal, com base em recomendações nutricionais ao longo da gestação e no puerpério.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência de hipertensão arterial em puérperas atendidas em hospitais privados que aderiram às propostas do Projeto Parto Adequado (PPA), bem como identificar características que podem predizer a ocorrência desse problema na gestação.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estimar a prevalência de hipertensão arterial
2. Estimar a prevalência de hipertensão arterial estratificada para grupos vulneráveis
3. Identificar características que possam predizer a ocorrência de hipertensão arterial na gestação

4 JUSTIFICATIVA

As Síndromes Hipertensivas na Gestação são a segunda causa de morbimortalidade, materna e fetal (BENSCHOP ET AL, 2019). No Brasil, elas são responsáveis por serem a maior causa de mortalidade materna e agravos de saúde para o conceito como sofrimento fetal, deslocamento prematuro da placenta, baixo peso ao nascer e prematuridade, impactando negativamente os indicadores relacionados a saúde materna e infantil (PONSTON ET AL, 2016).

O presente trabalho tem como população de estudo mulheres atendidas em hospitais privados de diferentes regiões do país. Esses hospitais fazem parte do sistema de saúde suplementar, e, tem como público principal indivíduos com situação socioeconômica mais favorável.

É um grupo populacional pouco estudado e por isso este trabalho será importante para descrever características e fatores preditivos da hipertensão na gestação entre a população que frequenta o sistema privado

5 MÉTODO

5.1 CONTEXTO DO ESTUDO

O presente estudo utilizou dados primários quantitativos do “Estudo Nascer Saudável”. Este estudo avaliou a implementação do Projeto Parto Adequado (PPA) em hospitais privados que aderiram a essa iniciativa, e, por esse motivo, serão descritas as metodologias de ambos os projetos.

- PROJETO PARTO ADEQUADO

O Projeto Parto Adequado é uma iniciativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Institute for a Healthcare Improvement (IHI) e do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), com apoio do Ministério da Saúde (MS) (ANS, 2016). O projeto surgiu como uma resposta a uma ação civil pública ajuizada pelo Ministério Público Federal contra a ANS, impelindo-a a agir de forma mais efetiva para a redução do elevado percentual de cesarianas desnecessárias no Brasil (TORRES ET AL, 2018).

Esse projeto tem por objetivo reduzir, o percentual de cesarianas desnecessárias, e melhorar a qualidade e segurança da atenção ao parto e ao nascimento. Para a promoção dessas mudanças foi necessário unir as evidências científicas e a participação de atores interessados como gestantes, profissionais, hospitais e operadoras de saúde.

O Projeto Parto Adequado (PPA) foi estruturado na mudança de quatro componentes principais:

1. Governança: formar uma coalisão entre lideranças no setor de saúde, aliando qualidade e segurança na assistência ao parto.
2. Participação das mulheres e da família: empoderar mulheres e famílias para que participem ativamente de todo processo da gravidez, parto e puerpério
3. Reorganização da assistência: mudanças do modelo de assistência ao parto em favor da evolução fisiológica do trabalho de parto e parto
4. Monitoramento: estruturação de sistema de informação e coleta de dados que permita o aprendizado contínuo.

As intervenções propostas ocorreram a nível local, permitindo que ocorresse reais implementação e refinamento do projeto. As estratégias nas quais o PPA se baseia, tem raízes em revisões científicas internacionais e em dois projetos de sucesso, de redução de cesarianas, que ocorreram em hospitais aprovados do Brasil ⁴⁰.

O PPA utilizou a abordagem de aprendizagem e ação, adaptando as práticas adotadas às necessidades locais. Além disso, permitiu o conhecimento dos efeitos que a implementação do projeto geraria ³⁸. Essa implementação ocorreu em diferentes etapas, e sua abrangência aumentou aos poucos. O projeto foi implementado em 3 fases, que ocorreram em momento diferentes e com propostas específicas.

1. **Fase 1:** Foi a fase piloto. Ocorreu entre os anos de 2015 e 2016. Nessa fase, 35 hospitais e 19 operadoras de planos de saúde participaram. Nesse momento, os testes iniciais foram realizados, demonstrando a viabilidade do projeto.
2. **Fase 2:** Ocorreu a disseminação do projeto, estendendo a intervenção a uma variedade de prestadores e operadoras pelo país. Realizada entre 2017 e 2018, contou com a participação de 108 hospitais e 60 operadoras de planos de saúde. No Ciclo Intensivo da Fase 2, que ainda está em curso, participam 28 binômios de operadoras e hospitais, com acompanhamento mais próximo e metas mais desafiadoras. Nessa fase, já foram evitadas 20 mil cesarianas desnecessárias.
3. **Fase 3:** Teve início em 2019 e busca medidas para aumentar a qualidade da atenção ao parto e nascimento em maior escala.

- ESTUDO AVALIATIVO: NASCER SAUDÁVEL

Para avaliar o grau de implantação das estratégias propostas pelo PPA e seus efeitos nos resultados perinatais, especialmente na taxa de cesariana, foi desenvolvido o estudo “Nascer Saudável” (TORRES ET AL, 2018).

Trata-se de um estudo avaliativo de base hospitalar que utilizou uma abordagem de métodos mistos, com desenho seccional no componente quantitativo. A coleta de dados foi realizada em duas etapas: a primeira de março a agosto de 2017, ao final da primeira fase do PPA; e a segunda de maio a agosto de 2018, ao final da segunda etapa. O primeiro período de coleta de dados teve como objetivo avaliar o grau de implantação do PPA; enquanto o segundo teve como objetivo avaliar a sustentabilidade da implementação dessas estratégias /medidas um ano depois.

5.2 AMOSTRAGEM

Na primeira fase do Estudo Nascer Saudável os dados foram coletados a partir de uma amostra de conveniência composta por 12 dos 35 hospitais submetidos à intervenção projeto. Os critérios para a escolha dos 12 hospitais envolveram representação regional (nove hospitais na Região Sudeste, dois na Sul e um na Região Nordeste), tipo de hospital (pertencente ou não

à operadora de planos de saúde) e desempenho no projeto Parto Adequado (redução ou não das taxas de cesariana), segundo informações da equipe de monitoramento. Na segunda fase foram selecionados 6 dos 12 hospitais visitados na fase 1 e foram adicionados 2 novos hospitais públicos. Foram escolhidos os hospitais que obtiveram maiores taxas de redução de cesarianas.

O tamanho da amostra foi de aproximadamente 400 mulheres por hospital. O objetivo foi detectar uma redução de 10% na proporção de Cesariana, considerando uma estimativa de poder de 50% e 80% e níveis de significância de 5%. Assim, participaram da pesquisa na primeira e segunda fase, 4.798 e 3.278, respectivamente, totalizando 8.076 mulheres.

5.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Foram elegíveis para participar do estudo todas as mulheres no pós-parto com conceitos vivos, independentemente do peso ou da idade gestacional (IG), ou a um natimorto com peso ao nascer $\geq 500\text{g}$ e/ou $IG \geq 22$ semanas gestacionais. Foram excluídas as mulheres com parto não hospitalar, as com dificuldades na comunicação (transtorno mental grave, estrangeiras que não entendiam a língua portuguesa e as surdas/mudas) e as mulheres com interrupção legal da gravidez.

Os dados foram obtidos simultaneamente em todos os hospitais e a coleta foi realizada, majoritariamente, por enfermeiras obstétricas devidamente treinadas. A entrevista (Anexo 2) ocorreu, no mínimo 6 horas após o parto vaginal e 12 horas após o parto cesariana. Também foram coletados dados da ficha hospitalar das puérperas (Anexo 3). Antes de iniciar as entrevistas, os entrevistadores leram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1), que foi devidamente assinado pela entrevistada, e sendo disponibilizada uma cópia para cada uma delas.

A entrevista incluía questões sobre a puérpera, condições socioeconômicas, história obstétrica, dados de antropometria materna, cuidado pré-natal, doenças e medicações durante a gestação, trabalho de parto e parto e a avaliação do cuidado recebido pela puérpera e o recém-nascido.

Nesta presente análise, utilizaremos os dados do componente quantitativo, que foi coletado durante o primeiro e segundo período de coleta de dados do “Nascer Saudável”. Além disso, utilizaremos apenas os dados provenientes dos hospitais privados. Gestantes com gravidezes gemelares também foram excluídas. Dessa forma, a amostra engloba 12 hospitais, totalizando 7.102 mulheres, 88% da amostra total.

Por haver discrepância na quantidade de partos/anos nos hospitais da amostra, assim

como o mesmo hospital pode ter participado tanto da fase 1 e fase 2, houve a necessidade de quantificar a contribuição de cada hospital para a amostra. Por esse motivo foram utilizados diferentes pesos para cada hospital com o intuito de corrigir essa disparidade

5.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO, SUAS INTER-RELAÇÕES E RESPECTIVOS INSTRUMENTOS DE AFERIÇÃO

5.4.1 Qualquer Síndrome Hipertensiva na gestação

Essa variável compreende qualquer achado sobre síndrome hipertensiva na gestação baseado no histórico médico antes da gestação, durante o pré-natal, parto e puerpério imediato. Trata-se de uma variável binária (sim/não) onde a resposta positiva a um indicador classifica a mulher como SHG. Foram utilizados 17 indicadores de hipertensão considerando prontuário e cartão de pré-natal. Os indicadores de hipertensão utilizados foram:

	Indicador	Momento	Fonte de Informação
1	Hipertensão arterial com tratamento continuado	Antecedentes clínicos	Prontuário da mulher
2	Hipertensão crônica prévia a gestação	Antecedentes clínicos	Prontuário da mulher
3	Pré – eclâmpsia/ hipertensão gestacional	Histórico Atual	Prontuário da mulher
4	Eclâmpsia	Histórico Atual	Prontuário da mulher
5	HELLP	Histórico Atual	Prontuário da mulher
6	Hipertensão crônica	Diagnóstico de internação	Prontuário da mulher
7	Pré-eclâmpsia	Diagnóstico de internação	Prontuário da mulher
8	Eclâmpsia	Diagnóstico de internação	Prontuário da mulher
9	HELLP	Diagnóstico de internação	Prontuário da mulher
10	Hipertensão/ Pré-Eclâmpsia	Indicação Cesariana	Prontuário da mulher
11	Eclâmpsia	Indicação Cesariana	Prontuário da mulher
12	HELLP	Indicação Cesariana	Prontuário da mulher
13	Hipertensão grave	Dados do Pós-Parto	Prontuário da mulher

14	Pré-eclâmpsia	Dados do Pós-Parto	Prontuário da mulher
15	Eclâmpsia	Dados do Pós-Parto	Prontuário da mulher
16	HELLP	Dados do Pós-Parto	Prontuário da mulher
17	Antecedente pessoal de hipertensão	Dados Pré-natal	Cartão Pré-natal

5.4.2 Características Socioeconômicas

- Escore econômico – Classificação dada de acordo com o “Critério Brasil”. Ele é calculado com base em dois elementos: atributos presentes no domicílio e escolaridade do chefe da família. Para cada item são atribuídos pontos e a partir da soma deles há a classificação. Este trabalho utilizará 4 categorias: Classe A (45 a 100 pontos), classe B (29 a 44 pontos), Classe C (17 a 28 pontos) e classes D+E (0 a 16 pontos) (BARROS E VICTORA, 2005).

- Idade materna – Caracterizada pela idade (anos) da mãe na data da entrevista. A variável foi estratificada em 3 faixas etárias: menores de 20 anos; entre 20-34 anos; 35 ou mais.

- Cor da pele autorreferida – Cor da pele com a qual a mãe se identifica. Foram utilizadas três categorias: Branca; Preta; Parda/Indígena/Asiática. As mulheres indígenas e amarelas foram agrupadas juntamente com as pardas pois têm prevalência de hipertensão semelhantes a desse grupo. Além disso, indígenas (14) e asiáticas (159) representam apenas 2,4 % da amostra total.

- Escolaridade materna – Variável categorizada em anos de estudo. Dividida em 3 categorias: até 10 anos, de 11 a 14 anos de estudo e mais de 15 anos.

- Trabalho remunerado – Variável com 2 categorias: sim e não.

5.4.3 Histórico obstétrico

- Paridade - Variável relacionada ao número de partos depois da 20^a semana de gestação, com duas categorias: primípara ou múltípara.

- Cesariana Prévia – Variável relacionada ao número de cesarianas anteriores à gestação atual. Classificada em duas categorias: não teve cesariana anterior e 1 ou mais cesarianas anteriores.

- Baixo peso ao nascer anterior – Variável relacionada ao número de nascidos vivos anteriores com menos de 2.500g, sem considerar a gestação atual. Agrupadas em duas categorias: não teve baixo peso anterior e 1 ou mais baixo peso anteriores.

- Prematuro anterior – Variável relacionada ao número de nascidos vivos prematuros anteriores (IG <37 semanas), sem considerar a gestação atual. Classificada em duas categorias: não teve prematuro anterior e 1 ou mais prematuros anteriores.
- Histórico de Abortos – Variável relacionada ao número de abortos anteriores. Classificada em duas categorias: não teve aborto anterior e 1 ou mais abortos anteriores.

5.4.4 Gestação Atual

- IMC pré-gestacional – Variável relacionada ao IMC da gestante anterior gestação. Dividido em quatro categorias: baixo peso, eutrofia, sobrepeso e à obesidade (BRASIL, 2012).
- Adequação do ganho de peso – Relacionado adequação do ganho de peso ao longo da gestação. Será avaliado em três categorias: Inadequado, Adequado e excessivo (BRASIL, 2012 & IOM, 2009).
- Tipo de trabalho de parto – Tipo de trabalho de parto realizado. Dividido em 3 categorias: espontâneo, induzido e não teve trabalho de parto.
- Via de parto – Refere-se ao modo com que o parto aconteceu, sendo categorizada em: vaginal (inclui fórceps e vácuo) e cesariana.
- Tipo de cesariana – Variável referente ao tipo de cesariana. Dividida em duas categorias: intraparto (ocorre após trabalho de parto espontâneo, porém o parto normal deixa de ser indicado) e anteparto (ocorre previamente ao trabalho de parto espontâneo).

5.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística teve por objetivo descrever a população estudada, em relação ao perfil socioeconômico, demográfico, hábitos e de saúde. Para esse objetivo, foi realizada uma análise univariada. Posteriormente, foi analisada a prevalência das SHG na amostra total e em subgrupos de risco da população estudada. As análises foram realizadas em STATA 13 (STATA CORP, 2013) e foi realizado o teste qui-quadrado e o teste exato de Fischer como teste de homogeneidade das prevalências nos subgrupos populacionais, considerando-se um alfa menor ou igual a 0,05 para identificação de diferenças estatisticamente significativas. Num segundo momento foi realizada regressão logística bruta e multivariada, para determinar características das mulheres que poderiam prever a ocorrência de hipertensão na gestação. NA análise foi ajustada por idade, raça, escolaridade IMC pré-gestacional e adequação do ganho de peso na gestação, considerando a estrutura amostral e os pesos de contribuição de cada hospital.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esse estudo cumpriu as recomendações da Resolução do Conselho Nacional de saúde nº 466/2012 sendo aprovado pelo comitê de ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (CEP/ENSP) sob o protocolo de pesquisa CAAE: 1.761. 027 (data de aprovação: 16 de janeiro de 2017) e tendo segunda aprovação para uso dos dados para este trabalho sob o protocolo de pesquisa CAAE: 53838521.2.0000.5240 (data de aprovação: 17 de Janeiro de 2022). Todas as informações referentes à coleta de dados garantiram a não identificação das puérperas envolvidas, preservando integralmente o anonimato e a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou comunidades. O Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE), desenvolvido para este estudo, garantiu este compromisso dos pesquisadores na confidencialidade dos dados coletados, bem como a privacidade de seus conteúdos, visando cumprir os requisitos da Resolução nº 466/2012.

6 RESULTADO

6.1 ARTIGO CIENTÍFICO: PREVALÊNCIA DAS SHG E FATORES ASSOCIADOS EM MATERNIDADES PRIVADAS QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA NASCER SAUDÁVEL

Introdução

As Síndromes Hipertensivas na Gestação (SHG) estão diretamente relacionadas a complicações na gestação e afetam 10% das gestantes ao redor do mundo, sendo a segunda maior causa direta de mortalidade (SAY ET AL, 2014). No Brasil, a prevalência de SHG foi de 12,5%, de acordo com os dados do estudo “Nascer no Brasil”, e é a maior responsável pela morbimortalidade materna no país (NAKAMURA-PEREIRA ET AL, 2016; PERACOLI ET AL, 2018).

Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento das SHG, estão a idade materna acima dos 35 anos, obesidade, doença renal e hipertensão arterial crônica (HAC) (BRAMHAM ET AL, 2014). A HAC tem fatores de risco semelhantes aos da SHG, como sobrepeso, obesidade e idade, sendo agravada por outros fatores como: sedentarismo, alimentação inadequada, consumo abusivo de álcool e tabagismo (KERBER ET AL, 2017; DOS SANTOS ET AL, 2017). O controle dos fatores de risco e o diagnóstico precoce de HAC são de extrema importância para ação e manejo da gestação, a fim de evitar desfechos adversos na gestação (HARRIS ET AL, 2019).

Quando ocorre de forma adequada, o ganho de peso ao longo da gestação traz benefícios, contudo o ganho de peso excessivo aumenta o risco de eventos desfavoráveis, como síndrome hipertensiva na gestação, pré-eclâmpsia e hemorragia pós-parto (CAMPOS ET AL, 2019). O estado nutricional pré-gestacional impacta tanto no ganho de peso ao longo da gestação quanto no aumento das chances de desenvolver SHG (CARVALHAES ET AL, 2013).

O presente trabalho tem como população de estudo, mulheres atendidas em hospitais privados de diferentes regiões do país. Em geral, são pessoas que possuem melhor escore econômico, maior escolaridade, maior acesso a informação e a serviços de saúde. Essas características propiciam uma situação positiva na atenção a saúde e, por esse motivo, será observado qual o desenvolvimento das SHG em um contexto de maior proteção social. Além disso, é um grupo populacional pouco estudado.

Com base nesses achados, este estudo buscou estimar a prevalência de hipertensão arterial em puérperas de hospitais privados, bem como características que podem predizer a

ocorrência desse problema na gestação

Método

Desenho e local do estudo

Trata-se de um estudo transversal realizado a partir dos dados primários coletados pelo Estudo Nascer Saudável, cujo objetivo foi avaliar o grau de implantação das estratégias propostas pelo Projeto Parto Adequado (PPA). O PPA é uma iniciativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e tem como objetivo principal reduzir o elevado número de cesarianas desnecessárias nos hospitais da rede privada que aderiram ao projeto (TORRES ET AL, 2018). Os dados foram coletados a partir de uma amostra de conveniência composta por 12 hospitais, em dois momentos diferentes. A coleta de dados foi realizada em duas etapas: a primeira de março de 2017 a agosto de 2017, ao final da primeira fase do PPA; e a segunda de maio de 2018 a agosto de 2018, ao final da segunda etapa.

Critério de elegibilidade, população de estudo e coleta de dados

Foram elegíveis para participar do estudo todas as mulheres no pós-parto com conceitos vivos, independentemente do peso ou da idade gestacional (IG), ou a um natimorto com peso ao nascer $\geq 500\text{g}$ e/ou IG ≥ 22 semanas gestacionais. Foram excluídas as mulheres com parto não hospitalar, as com dificuldades na comunicação (transtorno mental grave, estrangeiras que não entendiam a língua portuguesa e as surdas/mudas) e as mulheres com interrupção legal da gravidez.

O tamanho da amostra foi de aproximadamente 400 mulheres por hospital, sendo entrevistadas 4.798 na primeira fase e 3.278 na segunda, totalizando 8.076 mulheres. Contudo, para este estudo utilizaremos apenas os dados provenientes dos hospitais privados e de gestantes com gravidez única. Dessa forma, a amostra engloba 12 hospitais, totalizando 7.102 mulheres, 88% da amostra total.

Por haver discrepância entre o tamanho da amostra dos hospitais selecionados, houve a necessidade de quantificar a contribuição de cada hospital para a amostra, o que justifica a utilização de diferentes pesos para cada hospital.

Variáveis do estudo

As informações de interesse foram obtidas por meio de entrevista com questionário estruturado e coleta de informações nos prontuários das puérperas. O questionário abarcava questões sobre a puérpera, condições socioeconômicas, história obstétrica, dados de antropometria materna, cuidado pré-natal, doenças e medicações durante a gestação, trabalho de parto e parto e a avaliação do cuidado recebido pela puérpera e o recém-nascido.

A variável de interesse do estudo foi qualquer achado sobre síndrome hipertensiva na gestação. A coleta dessa variável se baseou no histórico médico antes da gestação, durante o pré-natal, parto e puerpério imediato, sendo esta uma variável binária (sim, não). As variáveis relativas às características socioeconômicas (escore econômico, idade materna, cor de pele autorreferida, escolaridade materna, trabalho remunerado), histórico obstétrico (paridade, cesariana prévia, baixo peso anterior, prematuro anterior, história de aborto) e história da gestação atual (IMC pré-gestacional, adequação do ganho de peso, tipo de trabalho de parto, via de parto, tipo de cesariana) das puérperas também foram obtidas pelas entrevistas.

Análise estatística

A análise estatística teve por objetivo descrever a população estudada, em relação ao perfil socioeconômico, demográfico, hábitos e de saúde. Para esse objetivo, foi realizada uma análise univariada. Posteriormente, foi analisada a prevalência das SHG na amostra total e em subgrupos de risco da população estudada. As análises foram realizadas em STATA 13 (STATA CORP, 2013) e foi realizado o teste χ^2 quadrado e o teste exato de Fischer como teste de homogeneidade das prevalências nos subgrupos populacionais, considerando-se um alfa menor ou igual a 0,05 para identificação de diferenças estatisticamente significativas. Num segundo momento foi realizada regressão logística bruta e multivariada, para determinar características das mulheres que poderiam prever a ocorrência de hipertensão na gestação. Na análise foi ajustada por idade, raça, escolaridade IMC pré-gestacional e adequação do ganho de peso na gestação, considerando a estrutura amostral e os pesos de contribuição de cada hospital.

Aspectos éticos

Esse estudo cumpriu as recomendações da Resolução do Conselho Nacional de saúde nº 466/2012 sendo aprovado pelo comitê de ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (CEP/ENSP) sob o protocolo de pesquisa CAAE: 1.761.027 (data de aprovação: 16 de janeiro de 2017) e tendo segunda aprovação para uso dos dados para este trabalho sob o protocolo de pesquisa CAAE: 53838521.2.0000.5240 (data de aprovação: 17 de janeiro de 2022). Todas as informações referentes à coleta de dados garantiram a não identificação das puérperas envolvidas, preservando integralmente o anonimato e a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou comunidades. O Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE), desenvolvido para este estudo, garantiu este compromisso dos pesquisadores na confidencialidade dos dados coletados, bem como a privacidade de seus conteúdos, visando cumprir os requisitos da Resolução nº 466/2012.

Resultado

Na amostra estudada, a prevalência de qualquer Síndrome Hipertensiva na Gestação foi

de 14,6% (Tabela 1). A maior parte da amostra é composta por mulheres brancas, com idade entre 20 e 35 anos e pertencentes a classe econômica B. Mais da metade das puérperas tem acima de 15 anos de estudo e apenas um quinto delas não possui trabalho remunerado. Mais da metade das mulheres era primípara. Entre as múltiparas, a maior parte delas teve cesariana anterior, um terço sofreu aborto anterior, e uma minoria teve prematuro e baixo peso anterior.

Em relação à gestação atual, 40,1% dessas mulheres apresentaram Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional com excesso de peso. Cerca de 26,4% delas apresentaram sobrepeso e 13,7% obesidade. A maior parte das mulheres não teve trabalho de parto e a cesariana foi a via de parto mais frequente, sendo a cesariana anteparto a mais presente.

Tabela 1: Descrição das características da população de estudo e prevalência de qualquer síndrome hipertensiva na gestação por subgrupos

	Frequência		Prevalência de qualquer síndrome hipertensiva na gestação		
	%	IC 95%	%	IC 95%	p-valor
Prevalência total			14,6	13,7 – 15,6	-
Variáveis socioeconômicas					
Escore econômico					
Classe A	28,5	27,3 – 29,7	11,2	9,5 – 13,3	<0,001
Classe B	53,9	52,5 – 55,3	15,3	13,9 – 16,6	
Classe C	17,2	16,4 – 18,2	17,9	15,8 – 20,3	
Classe D+E	0,4	0,3 – 0,5	20,6	10,1 – 37,1	
Idade					
Menor que 20 anos	1,7	1,4 – 2,1	12,8	7,6 – 20,6	0,337
Entre 20 e 35 anos	63,5	62,2 – 64,9	14,2	13,1 – 15,4	
Maior que 35 anos	34,8	33,4 – 36,1	15,5	13,9 – 17,3	
Raça/Cor					
Branca	67,9	66,7 – 69,0	12,8	11,7 – 14,0	<0,001
Preta	4,8	4,3 – 5,4	27,3	22,5 – 32,7	
Parda/Indígena/Asiática	27,3	26,2 – 28,4	16,8	15,1 – 18,6	
Escolaridade					
1 – 10 anos	3,6	3,1 – 4,0	20,8	15,8 – 26,8	<0,001
11 – 14 anos	34,9	33,7 – 36,0	17,7	15,8 – 19,0	
>= 15 anos	61,5	60,3 – 62,7	12,8	11,6 – 14,0	
Trabalho remunerado					
Sim	79,9	78,8 – 81,0	15,0	13,9 – 16,2	0,117
Não	20,1	18,9 – 21,2	13,2	11,3 – 15,3	
Histórico Obstétrico					
Paridade					
Primípara	58,8	57,4 – 60,2	14,8	13,6 – 16,1	0,599
Múltipara	41,2	39,8 – 42,5	14,3	12,9 – 15,4	
Cesariana Prévia *					
Sim	72,9	70,9 – 74,8	14,4	12,8 – 16,2	0,919
Não	27,1	25,2 – 29,1	14,2	11,6 – 17,3	
Baixo peso anterior *					
Sim	7,6	5,9 – 9,8	26,4	16,4 – 39,5	0,029
Não	92,4	90,2 – 94,0	15,2	12,8 – 17,9	
Prematuro anterior *					
Sim	11,5	10,2 – 12,9	23,5	18,7 – 29,1	<0,001
Não	88,5	87,1 – 89,8	13,2	11,8 – 14,8	
História de Aborto *					

Sim	31,8	30,2 – 33,5	14,4	12,4 – 16,7	0,936
Não	68,2	66,5 – 69,8	14,3	12,9 – 15,8	
Gestação Atual					
IMC pré-gestacional					
Baixo peso	2,6	2,2 – 3,2	8,3	4,3 – 15,1	<0.001
Eutrofia	57,3	55,9 – 58,7	9,3	8,3 – 10,5	
Sobrepeso	26,4	25,2 – 27,6	17,1	15,3 – 19,2	
Obesidade	13,7	12,8 – 14,6	32,9	29,7 – 36,3	
Ganho de peso gestacional adequado					
Abaixo	9,2	8,4 – 10,0	15,7	12,7 – 19,2	<0.001
De acordo	62,7	61,3 – 64,0	11,7	10,6 – 12,9	
Acima	28,1	26,8 – 29,4	20,7	18,7 – 22,9	
Tipo de trabalho de parto					
Espontâneo	31,0	29,7 – 32,3	8,6	7,4 – 9,9	<0.001
Induzido	9,1	8,3 – 9,9	13,7	10,7 – 17,4	
Não teve trabalho de parto	59,9	58,6 – 61,3	17,8	16,6 – 19,3	
Tipo de parto					
Vaginal	23,8	22,6 – 24,9	8,0	6,7 – 9,7	<0.001
Cesariana	76,2	75,0 – 77,4	16,7	15,5 – 17,8	
Cesariana					
Intraparto	13,3	12,3 – 14,3	10,7	8,6 – 13,3	<0.001
Anteparto	68,5	67,1 – 69,8	17,8	16,5 – 19,2	

**referente a puérperas múltiplas*

A tabela 2 apresenta os dados referentes a análise múltipla bruta e ajustada. considerando esse modelo, podemos observar que ser preta aumentou em duas vezes a chance da mulher ter hipertensão na gestação quando comparada com mulheres brancas. Ser parda/indígena e asiática, também mostrou um aumento de chance para o desenvolvimento de hipertensão na gestação, embora não tenham apresentado significância estatística.

Em relação a idade das gestantes, podemos observar que há um aumento na prevalência de hipertensão na gestação com o avançar da idade, sendo a maior prevalência entre mulheres maior que 35 anos, conferindo um maior risco, contudo não há significância estatística.

É possível observar que a escolaridade maior que 15 anos se comporta como um importante fator de proteção para o desenvolvimento de hipertensão na gestação. Essas mulheres têm 27% menos chances quando comparadas a mulheres com 1 a 10 anos de escolaridade.

Em relação as variáveis relacionadas a gestação atual, mulheres que apresentaram IMC pré-gestacional com sobrepeso ou obesidade apresentaram um aumento de, respectivamente, 58% (OR 1,58; IC95% 1,3 – 1,9) e, aproximadamente, 4x mais chance (OR 3,93; IC95% 3,2 – 4,9) de ter qualquer síndrome hipertensiva na gestação. O ganho de peso acima do esperado na gestação também foi significativo, apontando um aumento de 48% (OR 1,48; IC95% 1,2 – 1,8) no aumento da chance.

Tabela 2: Regressão logística bruta e ajustada para avaliar as variáveis preditoras de hipertensão na gestação

Qualquer Síndrome Hipertensiva na Gestação	Bruto		Ajustado	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Idade				
Menor que 20 anos	1	-	1	-
Entre 20 e 35 anos	1,12	0,6 – 2,0	1,45	0,7 – 2,9
Maior que 35 anos	1,25	0,7 – 2,3	1,72	0,8 – 3,5
Raça/Cor				
Branca	1	-	1	-
Preta	2,55	1,9 – 3,8	2,11	1,5 – 2,8
Parda/Indígena/Asiática	1,37	1,2 – 1,6	1,25	1,0 – 1,5
Escolaridade				
1 – 10 anos	1	-	1	-
11 – 14 anos	0,80	0,5 – 1,1	0,83	0,5 – 1,2
>= 15 anos	0,55	0,4 – 0,8	0,73	0,4 – 1,0
IMC pré-gestacional				
Eutrofia	1	-	1	-
Sobrepeso	2,01	1,6 – 2,4	1,58	1,3 – 1,9
Obesidade	4,78	3,9 – 5,8	3,93	3,2 – 4,9
Ganho de peso gestacional adequado				
Abaixo ou de acordo	1	-	1	-
Acima	2,03	1,7 – 2,4	1,48	1,2 – 1,8

Na tabela 3, foi testado um modelo de interação entre o IMC e o ganho de peso ao longo da gestação. O IMC pré-gestacional foi classificado em: eutrofia, sobrepeso e obesidade, já o ganho de peso gestacional foi classificado em: abaixo ou de acordo com o esperado e acima do esperado. Com essa análise foi possível identificar como as variáveis IMC pré-gestacional e ganho de peso gestacional se comportam quando estão combinadas. Ao comparar as mulheres eutróficas com ganho de peso de acordo com o esperado, com as mulheres eutróficas com ganho de peso acima do esperado, estas tiveram o dobro de chance (OR 2,12; IC95% 1,5 – 2,9) de desenvolver qualquer síndrome hipertensiva na gestação. As puérperas com sobrepeso, mas que tenham tido um ganho de peso gestacional adequado, tiveram 92% (OR 1,92; IC95% 1,4 – 2,5) de chance de desenvolver hipertensão na gestação. Gestantes com o mesmo estado nutricional, porém com ganho de peso gestacional acima do esperado, apresentaram 2,4 vezes (OR 2,40; IC95% 1,9 – 3,0) mais chance de desenvolver qualquer SHG, embora os intervalos de confiança sejam sobrepostos. As mulheres com obesidade no início da gestação foram as que apresentaram maiores chances de desenvolver qualquer síndrome hipertensiva na gestação. Destas, as que apresentaram ganho de peso gestacional dentro do esperado tiveram uma chance 4,85 vezes maior de SHG (OR 4,85; IC95% 3,7 – 6,3) quando comparadas a mulheres que iniciaram a gestação eutróficas e tiveram ganho de peso adequado. Já as mulheres com obesidade que tiveram ganho de peso acima do esperado tiveram 5,62 vezes mais chances (OR 5,62; IC95% 4,3 – 7,3) quando comparadas com o mesmo grupo.

Tabela 3: Regressão logística bruta e ajustada para avaliar a interação das variáveis preditoras de hipertensão na gestação

Qualquer Síndrome Hipertensiva na Gestação	Bruto		Ajustado	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Idade				
Menor que 20 anos	1	-	1	-
Entre 20 e 35 anos	1,12	0,6 – 2,0	1,42	0,7 – 2,8
Maior que 35 anos	1,25	0,7 – 2,3	1,68	0,8 – 3,4
Raça/Cor				
Branca	1	-	1	-
Preta	2,55	1,9 – 3,8	2,10	1,5 – 2,8
Parda/Indígena/Asiática	1,37	1,2 – 1,6	1,24	1,0 – 1,5
Escolaridade				
1 – 10 anos	1	-	1	-
11 – 14 anos	0,80	0,5 – 1,1	0,83	0,6 – 1,2
>= 15 anos	0,55	0,4 – 0,8	0,74	0,5 – 1,1
IMC pré-gestacional + Ganho de peso gestacional adequado				
Eutrofia/Abaixo ou de acordo	1	-	1	-
Eutrofia/Acima	2,14	1,5 – 2,9	2,12	1,5 – 2,9
Sobrepeso/Abaixo ou de acordo	2,06	1,5 – 2,7	1,92	1,4 – 2,5
Sobrepeso/Acima	2,50	1,9 – 3,2	2,40	1,9 – 3,0
Obesidade/Abaixo ou de acordo	5,27	4,0 – 6,9	4,85	3,7 – 6,3
Obesidade/Acima	6,04	4,6 – 7,8	5,62	4,3 – 7,3

Discussão

A prevalência de qualquer Síndrome Hipertensiva na Gestação (SHG) foi de 14,6%. Entre os fatores de risco descritos na literatura relacionados ao desenvolvimento de SHG, dois deles se destacaram neste estudo: o IMC pré-gestacional elevado e o ganho de peso gestacional acima do esperado. Ambos mostraram uma importante associação com o aumento da chance de desenvolver qualquer síndrome hipertensiva na gestação, junto com a variável cor da pele preta, sendo este um fator socioeconômico importante a ser considerado.

As SHG, o sobrepeso e a obesidade pré-gestacionais, da mesma forma que o ganho de peso gestacional excessivo, estão relacionados fortemente com desfechos perinatais desfavoráveis (BRANDÃO ET AL, 2020) Neste estudo, é possível observar que o IMC pré-gestacional apresentou uma forte relação com o desenvolvimento de qualquer SHG, sendo um fator de predição muito importante para a SHG, que é potencializada ao interagir com o ganho de peso gestacional acima do esperado.

É possível observar que o IMC aumenta as chances de SHG em todos os cenários, seja ela ligada ao IMC pré-gestacional ou ao ganho de peso ao longo da gestação. A sinergia que ocorre entre essas duas características aumenta consideravelmente essas chances, se mostrando como um importante fator preditor de SHG e sinalizando a necessidade de acompanhamento e cuidado precoce de gestantes com essas condições. Tanto o IMC pré-gestacional quanto o ganho

de peso ao longo da gestação são fatores que podem ser modificados desde que sejam identificados e acompanhados no período pré-gravídico e/ou ao longo da gestação sendo o acompanhamento pré-natal de grande importância para mitigar desfechos adversos relacionados a hipertensão na gestação (OLIVEIRA ET AL, 2015)

O presente estudo avaliou a prevalência de qualquer SHG em hospitais da rede privada. De uma forma geral, essa população possui maior renda, nível de instrução e acesso a serviços de saúde. Essas características socioeconômicas mais favoráveis são apontadas na literatura como protetoras e espera-se que nesse grupo populacional a prevalência de SHG seja menor. Contudo, os achados de prevalência e perfil de puérperas mais atingidas por SHG se aproxima de estudos feitos com a população assistida por instituições públicas (NAKAMURA-PEREIRA ET AL, 2016; QUEIROZ, 2018).

O “Nascer no Brasil” foi um estudo transversal de base nacional-hospitalar que buscou apresentar um panorama do parto e puerpério no país a partir de dados coletados de entrevista com as mulheres e extração de informações médicas do prontuário e cartão de pré-natal da mulher entre os anos 2011 e 2012 (2011-2012). Nesse estudo, a prevalência de qualquer SHG na gestação foi de 12,5%, também foi observado que mulheres com 35 anos ou mais foram as que tiveram maior prevalência de SHG na gestação, cerca de 17,9% (NAKAMURA-PEREIRA ET AL, 2016).

Outro estudo, que também utilizou os dados da pesquisa “Nascer no Brasil” (QUEIROZ, 2018), identificou que mulheres com ensino superior completo ou mais, tem menores chances de desenvolver SHG (OR=0,65 IC95% 0,49 – 0,86). Dado similar foi encontrado na nossa amostra (OR=0,74 IC95% 0,50 – 1,1). O “Nascer no Brasil” reuniu dados de hospitais públicos e privados, cerca de 20% dessas puérperas foram acompanhadas pela assistência privada, e tiveram 16% menos chances de desenvolver qualquer SHG quando comparadas às puérperas que foram atendidas por hospitais públicos (OR= 0,84 IC95% 0,70-0,99).

A variável IMC pré-gestacional foi identificada, também, com uma importante relação com a SHG. Queiroz (2018) analisou essa variável de forma contínua, permitindo que as chances de desenvolver SHG fossem calculadas com base em cada um dos valores encontrados, e identificou um aumento de 16,2% nas chances de desenvolver SHG, a cada aumento de unidade de IMC. Nos nossos achados a variáveis IMC pré-gestacional foi a que mais se relacionou com o desenvolvimento das SHG (OR 3,93; IC95% 3,2 – 4,9), principalmente quando a obesidade interagiu com o ganho de peso gestacional acima do esperado, as chances chegaram a ser 5,6 vezes maiores (OR 5,62; IC95% 4,3 – 7,3) quando comparadas a mulheres eutróficas com ganho adequado.

Um estudo transversal realizado em maternidade de alto risco de um Hospital Universitário no Nordeste do país (OLIVEIRA, 2015), identificou em sua análise uma prevalência de SHG maior nas gestantes com “ganho de peso ponderal excessivo” na análise ajustada (OR 4,13; IC95% 1,08-15,80). Em relação ao IMC, o mesmo estudo identificou que as gestantes com menor IMC pré-gestacional tiveram maiores chances de desenvolver SHG. Ao compararmos com a nossa amostra, o primeiro dado de prevalência se assemelha com nossos achados, ou seja, o ganho de peso acima do esperado aumentou as chances de aparecimento de SHG (OR 1,48; IC95% 1,2 – 1,8). Contudo, em relação ao IMC, as puérperas com IMC pré-gestacional classificado em sobrepeso ou obesidade foram as que mostraram maiores chances de desenvolver as SHG (OLIVEIRA,2015).

As mulheres com menor escore econômico, menor escolaridade e de cor da pele preta são as mais vulneráveis no desenvolvimento das SHG (PERACOLI ET AL, 2018; ASSIS ET AL, 2008), e esse quadro se repete no neste estudo. Mesmo no sistema de saúde privado essas características prevalecem, mulheres com menor escore econômico e menor escolaridade foram as que tiveram maiores prevalências de qualquer SHG na gestação, além disso mulheres pretas apresentaram 2 vezes mais chances de desenvolver qualquer SHG quando comparadas a mulheres brancas. Observa-se a heterogeneidade da população que frequenta o sistema de saúde suplementar e que mesmo com condições mais favoráveis, as diferenças são preservadas. Em estudo de caso controle realizado no centro-oeste do país, em maternidade de alto risco, foi observado que mulheres não-brancas tiveram 14 vezes mais chances de desenvolver Pré-eclâmpsia quando comparada a mulheres brancas (ASSIS ET AL, 2008).

Um estudo transversal realizado com puérperas com diabetes, em maternidade de hospital universitário no Rio de Janeiro, encontrou maior prevalência de distúrbios hipertensivos na gestação (19,5%), visto que trabalhavam com grupo de risco. Entretanto, os fatores de risco que tiveram associação significativa se assemelharam aos nossos. As gestantes com 35 anos ou mais (OR 1,75; IC95% 0,97 – 3,18), que apresentaram excesso de peso ou obesidade pré-gestacional (OR 3,14; IC95% 1,42 – 6,96) e que apresentaram ganho de peso gestacional acima do esperado (OR 2,78; IC95% 1,51 – 5,10), foram estatisticamente significativos na relação com SHG. Porém não foram encontradas associações com a variáveis cor da pele, o que diverge das nossas observações (SAUNDERS ET AL, 2017).

Uma possível explicação para poucas diferenças nos valores de prevalência de hipertensão na gestação entre estudos conduzidos no setor público e privado é a questão da idade. Apesar a situação mais favorável economicamente proteger as mulheres de desenvolver hipertensão na gestação, as mulheres do setor privado, em geral, postergam mais a gravidez

quando comparadas com as mulheres do público. Assim, a idade mais elevada pode contribuir para maior equidade entre as populações. Além disso, questões metodológicas, como a definição operacional de hipertensão na gestação, podem ter alguma diferença entre os estudos.

Este artigo aborda a prevalência de SHG em uma população que utiliza os serviços do sistema de saúde suplementar, sendo este um grupo pouco estudado. Espera-se que essa população tenha condições socioeconômicas mais favoráveis, maior acesso à educação e a serviços de saúde e, por isso, apresente características diferentes daquelas que são encontradas no sistema público de saúde. Todavia, é possível observar, nesta amostra, que há muitas semelhanças entre o perfil das puérperas acometidas pelas SHG no sistema privado e no público.

O ponto forte do estudo é a amostra é composta por um número expressivo de puérperas atendidas pelo sistema de saúde suplementar. Estudos realizados com essa população são raros e nosso trabalho permite uma análise específica do comportamento das SHG nesse grupo. Além disso, buscamos avaliar qual a prevalência das SHG nas puérperas que foram assistidas por hospitais privados que aderiram ao PPA e avaliar quais fatores de risco apresentaram maior capacidade de prever o aparecimento de qualquer SHG, contudo não foi possível fazer essa avaliação de acordo com a classificação *American College of Obstetricians and Gynecologist*, sendo essa uma das limitações da pesquisa. Outra limitação foi a amostra da pesquisa, pois foram coletados dados a partir de uma amostra por conveniência.

Conclusão

Nesse estudo, mulheres com excesso de peso e ganho de peso gestacional acima do esperado apresentaram maiores chances de desenvolver qualquer SHG. Esses achados se assemelham a outros estudos realizados com puérperas, entretanto, este estudo se concentrou em mulheres atendidas pela rede privada. Esses achados corroboram as recomendações feitas pelos órgãos de saúde que pregam o cuidado a saúde e atenção pré-natal desde o planejamento da gestação. Também reforça a necessidade de cuidado e acompanhamento nutricional no pré-natal para o manejo oportuno do ganho de peso ao longo da gestação e no controle de outros fatores de risco para o desenvolvimento das SHG.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o que foi apresentado na introdução e ao longo desta dissertação, as SHG são uma importante questão para a saúde materna e neonatal e, devido a sua importância, é um assunto que deve ser debatido.

De uma maneira geral, a literatura aborda o tema com frequência devido a sua importância no cenário mundial. Na literatura nacional, os estudos relacionados as SHG, seus fatores de risco e desfechos são frequentes, contudo poucos são feitos com o público que utiliza o sistema de saúde suplementar. Dessa forma, este estudo se propôs a estimar a prevalência de SHG e os fatores de risco que podem predizer a doença nas mulheres atendidas pelo sistema privado.

O objetivo principal de estimar a prevalência de qualquer síndrome hipertensiva na gestação e características que podem predizer a ocorrência desse problema na gestação foram alcançados, a prevalência de SHG foi de 14,6% em mulheres atendidas no setor privado. Mesmo com melhores condições e acesso a saúde essa prevalência e o perfil das puérperas se aproxima do perfil das puérperas atendidas no setor público de saúde. Observa-se, portanto, que as desigualdades permanecem mesmo em situações mais favoráveis, demonstrando que há diferenças socioeconômicas significativas no setor privado.

O excesso de peso e a obesidade se mostraram se destacaram dentre os fatores de risco para o desenvolvimento das SHG e, quando associados com o ganho de peso gestacional acima do esperado, apresentaram um importante aumento de chance de desenvolvimento das desordens hipertensivas.

Com base nessas informações, é recomendado acompanhamento nutricional para mulheres que planejam engravidar visto que o controle do peso antes da gestação previne diversos acometimentos de saúde. Vale ressaltar a importância do acompanhamento pré-natal para controle do ganho de peso gestacional e identificação precoce de SHG. Não foi possível, neste estudo, analisar as SHG de acordo com a classificação e, por isso, não foi possível identificar quais os fatores de risco se relacionavam a cada uma delas e as repercussões das mesmas na saúde das mulheres.

REFERÊNCIAS

American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 203: Chronic Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2019 Jan;133(1):e26-e50. doi: 10.1097/AOG.0000000000003020. PMID: 30575676.

Andrade, Silvânia Suely de Araújo et al. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. 2015, v. 24, n. 2 [Acessado 12 Setembro 2021] , pp. 297-304. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200012>>. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200012>.

Assis, Thaís Rocha, Viana, Fabiana Pavan e Rassi, Salvador Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* [online]. 2008, v. 91, n. 1 [Acessado 10 Fevereiro 2022] , pp. 11-17. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0066-782X2008001300002>>. Epub 25 Jul 2008. ISSN 1678-4170. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2008001300002>.

Barros, Aluísio J D e Victora, Cesar G Indicador econômico para o Brasil baseado no censo demográfico de 2000. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2005, v. 39, n. 4 [Acessado 31 Janeiro 2022] , pp. 523-529. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000400002>>. Epub 10 Out 2005. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000400002>.

Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol.* 2021; 116(3):516-658

Bazílio, Gabriela Silvério et al. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em adultos residentes em Senador Canedo, Goiás: estudo de base populacional, 2016** Pesquisa baseada em dissertação de mestrado de Gabriela Silvério Bazílio, intitulada ‘Prevalência de Doenças Crônicas não Transmissíveis e seus fatores de risco e determinação de fatores associados à hipertensão arterial sistêmica no município de Senador Canedo, Goiás’, apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, da Universidade Federal de Goiás, em 2017. . *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. v. 30, n. 1 [Acessado 30 Junho 2021] , e2019311. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100009>>. ISSN 2237-9622.
<https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100009>.

Behrens, I., Basit, S., Melbye, M., Lykke, J. A., Wohlfahrt, J., Bundgaard, H., ... & Boyd, H. A. (2017). Risk of post-pregnancy hypertension in women with a history of hypertensive disorders of pregnancy: nationwide cohort study. *bmj*, 358.

Benschop L, Duvekot JJ, Roeters van Lennep JE. Future risk of cardiovascular disease risk factors and events in women after a hypertensive disorder of pregnancy. *Heart*. 2019 Aug;105(16):1273-1278. doi: 10.1136/heartjnl-2018-313453. Epub 2019 Jun 7. PMID: 31175138; PMCID: PMC6678044.

Bramham K, Parnell B, Nelson-Piercy C, Seed PT, Poston L, Chappell LC et al. Chronic hypertension and pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2014; 348:g2301 doi: 10,1136/bmj.g2301

Brandão, T., de Carvalho Padilha, P., da Gama, S. G. N., do Carmo Leal, M., da Silva Araújo, R. G. P., de Barros, D. C., ... & Saunders, C. (2020). Gestational weight gain and adverse maternal outcomes in Brazilian women according to body mass index categories: an analysis of data from the Birth in Brazil survey. *Clinical Nutrition ESPEN*, 37, 114-120.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável** – 2014.

Campos CAS, Malta MB, Neves PAR, Lourenço BH, Castro MC, Cardoso MA. Ganho de peso gestacional, estado nutricional e pressão arterial de gestantes. *Rev Saude Publica*. 2019;53:57.

Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde : Projeto Parto Adequado - fase 1 / Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, Institute for Healthcare Improvement. – Rio de Janeiro : ANS, 2016.

Carvalhoes, Maria Antonieta de Barros Leite et al. Sobrepeso pré-gestacional associa-se a ganho ponderal excessivo na gestação. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [online]. 2013, v. 35, n. 11 [Acessado 9 Fevereiro 2022] , pp. 523-529. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-72032013001100008>>. Epub 10 Jan 2014. ISSN 1806-9339. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013001100008>.

Damasceno, Ana Alice de Araújo et al. Níveis pressóricos e fatores associados em gestantes do Estudo MINA-Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 25, n. 11 [Acessado 30 Junho 2021] , pp. 4583-4592. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.31742018>>. Epub 06 Nov 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.31742018>.

Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção básica – Brasília. Ministério da Saúde, 2013. 2v.

dos Santos da Silva, L.L.G., Saunders, C., Campos, A.B.F., Belfort, G.P., de Carvalho Padilha, P., Pereira, R.A., Bornia, R.G., Hypertensive Disorders Of Pregnancy In Women With Gestational Diabetes Mellitus From Rio De Janeiro, Brazil, *Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health* (2017), doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.preghy.2017.08.006>

Duley L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. *Semin Perinatol.* 2009 Jun;33(3):130-7. doi: 10.1053/j.semperi.2009.02.010. PMID: 19464502.

Gaillard, R., Durmuş, B., Hofman, A., Mackenbach, J. P., Steegers, E. A., & Jaddoe, V. W. (2013). Risk factors and outcomes of maternal obesity and excessive weight gain during pregnancy. *Obesity*, 21(5), 1046-1055.

Garovic VD, White WM, Vaughan L, Saiki M, Parashuram S, Garcia-Valencia O, Weissgerber TL, Milic N, Weaver A, Mielke MM. Incidence and Long-Term Outcomes of Hypertensive

Disorders of Pregnancy. *J Am Coll Cardiol*. 2020 May 12;75(18):2323-2334. doi: 10.1016/j.jacc.2020.03.028. PMID: 32381164; PMCID: PMC7213062.

Gomes, TB, et al. Pré-eclâmpsia: importante causa de óbitos maternos no Brasil entre os anos de 2010-2017. *Braz. J. of Develop.*, Curitiba, v. 6, n. 10, p. 75496-75510, oct. 2020. ISSN 2525-8761

Harris M, Henke C, Hearst M, Campbell K. Future Directions: Analyzing Health Disparities Related to Maternal Hypertensive Disorders. *J Pregnancy*. 2020 Aug 1;2020:7864816. doi: 10.1155/2020/7864816. PMID: 32802511; PMCID: PMC7416270.

Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2013 Nov;122(5):1122-1131. doi: 10.1097/01.AOG.0000437382.03963.88. PMID: 24150027.

Institute of Medicine. *Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines*. Washington, D.C: The National Academies Press; 2009.

Instituto Nacional de Câncer (INCA). Política Nacional de controle do tabaco: relatório de gestão e progresso 2011-2012. Rio de Janeiro: INCA; 2014.

Kerber GF, Melere C. Prevalência de síndromes hipertensivas gestacionais em usuárias de um hospital no sul do Brasil. *Rev Cuid*. 2017; 8(3): 1899-906. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.454>

Leal LF, Grandi SM, Miranda VIA, Dal Pizzol TDS, Platt RW, Silveira MFD, Bertoldi AD. Hypertensive Disorders of Pregnancy and Medication Use in the 2015 Pelotas (Brazil) Birth Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Nov 18;17(22):8541. doi: 10.3390/ijerph17228541. PMID: 33217917; PMCID: PMC7698775

Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama, SGN. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2020;54:8.

Melchiorre K, Thilaganathan B, Giorgione V, Ridder A, Memmo A, Khalil A. Hypertensive Disorders of Pregnancy and Future Cardiovascular Health. *Front Cardiovasc Med*. 2020 Apr 15;7:59. doi: 10.3389/fcvm.2020.00059. PMID: 32351977; PMCID: PMC7174679.

Nakamura-Pereira, M., Esteves-Pereira, A. P., Dias, M. A. B., Maia, L. K., Pacheco, V. E., Viellas, E. F., ... & Gama, S. G. (2016). 62 Maternal and neonatal outcomes associated with hypertensive disorders during pregnancy: Data from “Birth in Brazil” study: Medical complications of pregnancy related to hypertensive syndromes. *Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health*, 6(3), 167.

Nilson EAF, Jaime PC, Resende DO. Iniciativas desenvolvidas no Brasil para a redução do teor de sódio em alimentos processados. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;34(4):287–92.

Oliveira, Alane Cabral Menezes de e Graciliano, Nayara Gomes Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. 2015, v. 24, n. 3 [Acessado 10 Fevereiro 2022] , pp. 441-451. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300010>>. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300010>.

Peracoli JC, Borges VT, Ramos JG, Cavalli RC, Costa SH, Oliveira LG, et al. Pré-eclâmpsia/eclâmpsia. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 8/Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gestação)

Pesquisa nacional de saúde : 2013 : ciclos de vida : Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2015. 92 p.

Poston, L., Caleyachetty, R., Cnattingius, S., Corvalán, C., Uauy, R., Herring, S., & Gilman, M. W. (2016). Preconceptional and maternal obesity: epidemiology and health consequences. *The lancet Diabetes & endocrinology*, 4(12), 1025-1036.

Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos. -- São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2017. Serie Orientacoes e Recomendacoes FEBRASGO. n. 8, 2017.

Queiroz, Marcel Reis. **Síndromes hipertensivas na gestação no Brasil: estudo a partir dos dados da pesquisa Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e nascimento, 2011-2012**. 2018. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

Rodrigues, P. R. M., Moreira, N. F., de Souza Andrade, A. C., Muraro, A. P., & Ferreira, M. G. (2021). Tendência das prevalências de excesso de peso e obesidade em adultos brasileiros: análise do VIGITEL 2006-2019 por capitais e Distrito Federal. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, *16*, 61356.

Saunders, C., Campos, A. B. F., Belfort, G. P., de Carvalho Padilha, P., Pereira, R. A., & Bornia, R. G. (2017). Hypertensive disorders of pregnancy in women with gestational diabetes mellitus from Rio de Janeiro, Brazil. *Pregnancy Hypertension*, *10*, 196-201.

Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, Gülmezoglu AM, Temmerman M, Alkema L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014 Jun;*2*(6):e323-33. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X. Epub 2014 May 5. PMID: 25103301.

Silva, Luiza Eunice Sá da et al. Tendência temporal da prevalência do excesso de peso e obesidade na população adulta brasileira, segundo características sociodemográficas, 2006-2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. 2021, v. 30, n. 1 [Accessed 12 February 2022], e2020294. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100008>>. Epub 15 Feb 2021. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100008>.

Sousa MG, Lopes RG, Rocha ML, Lippi UG, Costa ES, Santos CM. Epidemiologia da hipertensão arterial em gestantes. *einstein* (São Paulo). 2020;*18*:eAO4682. http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4682

StataCorp. 2013. *Stata Statistical Software: Release 13*. College Station, TX: StataCorp LP.

Sutton ALM, Harper LM, Tita ATN. Hypertensive Disorders in Pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2018 Jun;*45*(2):333-347. doi: 10.1016/j.ogc.2018.01.012. PMID: 29747734.

Torres, J.A., Leal, M., Domingues, R.M.S.M. *et al.* Evaluation of a quality improvement intervention for labour and birth care in Brazilian private hospitals: a protocol. *Reprod Health* **15**, 194 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0636-y>

Viellas, Elaine Fernandes et al . Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 maio 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>

Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Assistência Pré-natal: Manual técnico/equipe de elaboração: Janine Schirmer et al. - 3ª edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000.66p.

Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, DePalma SM, Gidding S, Jamerson KA, Jones DW, MacLaughlin EJ, Muntner P, Ovbigele B, Smith SC Jr, Spencer CC, Stafford RS, Taler SJ, Thomas RJ, Williams KA Sr, Williamson JD, Wright JT Jr. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertension. 2018 Jun;71(6):1269-1324. doi: 10.1161/HYP.0000000000000066. Epub 2017 Nov 13. Erratum in: Hypertension. 2018 Jun;71(6):e136-e139. Erratum in: Hypertension. 2018 Sep;72(3):e33. PMID: 29133354.

World Health Organization - WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2014 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014. Available from: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>

APÊNDICE - Sintaxe da variável qualquer síndrome hipertensiva na gestação

*** Síndrome_Hipertensiva ****

gen Síndrome_Hipertensiva=0

*antecedentes

replace Síndrome_Hipertensiva=1 if pront_q14==1

*hipertensão arterial com tratamento continuado - ok)

*atual

replace Síndrome_Hipertensiva=1 if pront_q36==1 | pront_q37==1 | pront_q38==1 |
pront_q39==1

*(crônica prévia, PE/HG, eclampsia, HELLP – ok)

*diagnóstico da internação

replace Síndrome_Hipertensiva=1 if pront_q76__16==1 | pront_q76__17==1 |
pront_q76__18==1 | pront_q76__19==1

*(crônica, PE/HG, eclampsia, HELLP – ok)

*indicação de cesariana

replace Síndrome_Hipertensiva=1 if pront_q114__16==1 | pront_q114__17==1 |
pront_q114__18==1

*(hipertensão/PE, eclampsia, HELLP – ok)

*pós-parto

replace Síndrome_Hipertensiva=1 if pront_q139==1 | pront_q140==1 |pront_q140==2 |
pront_q140==3 | pront_q141==1 | pront_q141==2 | pront_q142==1 | pront_q142==2 |
pront_q142==3

*(hipertensão grave, PE, eclampsia, HELLP, sulfato – ok)

*cartão de pré-natal

replace Sindrome_Hipertensiva=1 if puerp_cg2==1 | puerp_cg27==2 | puerp_cg41==1

*(antecedente hipertensão, PA > 140x90, medicação – ok)

label var Sindrome_Hipertensiva "Diagnóstico de qualquer tipo de SH (crônica ou gestacional)
segundo informação de cartão e prontuário"

label define Sindrome_Hipertensiva_1b 0"não" 1"sim"

label value Sindrome_Hipertensiva Sindrome_Hipertensiva_1b

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido entrevista com a puérpera

Prezada _____ ,

Você está sendo convidada a participar da “Pesquisa Nascer Saudável”, sob responsabilidade da Doutora Maria do Carmo Leal, pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

O estudo pretende avaliar a qualidade da atenção ao parto e nascimento em alguns hospitais do país e seus resultados contribuirão para a melhoria do atendimento à mulher e a criança durante o parto.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre você e seu bebê, e consultar algumas informações no seu prontuário hospitalar e do seu filho. A entrevista será realizada em local reservado, terá uma duração em torno de 30 minutos, e as respostas serão registradas em formulário eletrônico. Entraremos em contato com você por telefone para convidá-la a participar de uma outra etapa da pesquisa, caso necessário. No momento deste convite explicaremos mais detalhadamente essa nova etapa.

A sua participação é absolutamente voluntária e contribuirá no processo de conhecimento da realidade da assistência hospitalar a que foi submetida. Tudo o que você falar ficará em segredo e o seu nome não será divulgado. Caso algumas perguntas sobre sua história obstétrica ou sobre a sua experiência na assistência ao seu parto traga algum desconforto, sintase a vontade para não responder. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou até desistir de participar, se assim desejar. Caso você se recuse a participar não haverá qualquer prejuízo na sua relação com o serviço de saúde.

Rubrica do participante:

Rubrica do entrevistador:

Os resultados do estudo ajudarão ao Ministério da Saúde na melhoria da atenção à saúde materno-infantil no Brasil. Eles serão divulgados para o Ministério da Saúde, de forma que não seja possível identificar as pessoas que dele participaram, através de relatórios, palestras dirigidas ao público participante, artigos científicos e em dissertação/tese de alunos de pós-

graduação.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Eu declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, desta pesquisa, incluindo acesso aos dados do meu prontuário hospitalar e do meu filho.

Aceito participar da pesquisa, somente com coleta de dados do meu prontuário hospitalar e do meu filho.

Assinatura da entrevistada

Assinatura do responsável no caso de menor de idade não emancipada

Assinatura do entrevistador

_____, ____ / ____ / _____

Coordenação Geral: Dra Maria do Carmo Leal Para esclarecimentos, entrar em contato

com Dra. Silvana Granado. Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, sala 808 - Rio de Janeiro.
Tel: (21) 2598-2621. Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública: Rua
Leopoldo Bulhões, 1.480 - Sala 314 Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210.
Telefax - (21) 2598-2863 - e-mail: cep@ensp.fiocruz.br - <http://www.ensp.fiocruz.br/etic>

ANEXO B - Questionário Hospitalar - Puérpera

Para todo questionário, preencher com dígitos **8** para não se aplica e com dígitos **9** para não sabe informar.

DADOS INICIAIS DO QUESTIONÁRIO

1. Horário de início da entrevista _____ _____ : _____ _____	2. Data Entrevista _____ _____ / _____ _____ / _____ _____
3. Data do parto _____ _____ / _____ _____ / _____ _____	
4. Nº do prontuário da mãe _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
5. Tipo de gestação	_____
<p style="text-align: center;">1. Única 2. Gemelar (dois)</p>	
6. Condição do recém-nascido	
<p style="text-align: center;">1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal 9. Não soube informar</p>	1° _____
	2° _____
7. Nome do Recém-nascido	
1° _____	
2° _____	
8. Nome completo da puérpera: _____	

9. Nome completo da mãe da puérpera: _____
10. Endereço completo da puérpera: (Rua, bairro, município): _____ _____ _____

I. IDENTIFICAÇÃO DA MÃE

“Vou fazer algumas perguntas sobre você.”

11. Qual é a data do seu nascimento? _____/_____/_____	
12. Qual a sua idade? _____	(anos)
13. A sua cor da pele é... (ler as alternativas) 1. Branca 2. Preta 3. Parda/morena 4. Amarela/oriental 5. Indígena	_____
14. Telefones para contato (com DDD):	
15. Residencial: _____ (DDD + números)	
16. Celular: _____ (DDD + números)	
17. Telefone de familiar ou companheiro: _____ (DDD + números)	
18. Nome do familiar ou companheiro: _____	
19. Telefone de trabalho da entrevistada ou de companheiro: _____ (DDD + números)	

II. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

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

<p>20. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê), quantas vezes você ficou grávida, incluindo alguma perda ou aborto com menos de 5 meses de gestação?</p> <p style="text-align: right;">(Se 00, vá para a 36)</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p>
<p>21. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê), você teve algum aborto ou perda com menos de 5 meses de gravidez? Se Sim, quantos?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para a 23)</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>22. Quantas perdas ou abortos foram espontâneos?</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p>
<p>23. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê), quantos partos você já teve de gestações com mais de 5 meses?</p> <p>(Se 00, vá para 36)</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p>
<p>24. Que idade você tinha quando teve seu primeiro parto?</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p>
<p>25. Qual foi a data do seu último parto, antes do nascimento do (a) (nome do bebê)?</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ / _ _ / _ _ _ _ </p>
<p>26. E quantos desses partos foram normais (incluindo partos à fórceps e vácuo)?</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p>
<p>27. E quantos desses partos foram cesarianas?</p> <p style="text-align: right;">(Se 00, vá para 31)</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p>

<p>28. Qual foi a data da sua última cesariana, antes do nascimento do (a) (nome do bebê)?</p>	<p>____/____/____ ____ </p>
<p>29. Qual foi o motivo da última cesariana que você teve antes do nascimento do (nome do bebê)? (Não ler as opções)</p> <p>01. Já tinha cesárea anterior</p> <p>02. Não queria sentir a dor do parto normal</p> <p>03. Bebê estava enrolado no cordão</p> <p>04. Bebê estava sentado/ atravessado</p> <p>05. Bebê era grande</p> <p>06. Não tinha passagem/ não teve dilatação/bebê não desceu/ não encaixou</p> <p>07. Bebê passou do tempo</p> <p>08. Sofrimento do bebê</p> <p>09. Pouco líquido na bolsa (amniótico)</p> <p>10. Problema de pressão alta</p> <p>11. Problema de diabetes</p> <p>12. Outra razão não citada (responda a 30)</p>	<p>____ </p>
<p>30. Que razão? _____</p>	
<p>31. Antes da gravidez do (a) (nome do bebê), algum filho nasceu morto com 5 meses ou mais de gestação ou pesando mais de meio quilo?</p>	<p>____ </p>
<p>32. Antes da gravidez do (a) (nome do bebê), quantos filhos nasceram vivos? (inclua aqueles que faleceram logo após o nascimento)</p> <p style="text-align: right;">(Se 00, passar para a questão 35)</p>	<p>____ </p>

33. Antes desta gravidez algum filho nasceu vivo e faleceu com menos de 1 mês de vida?	_ _ _
34. Antes desta gravidez algum filho nasceu vivo e faleceu com mais de um mês e menos de 1 ano de vida ?	_ _ _
35. Antes da gravidez do (a) (nome do bebê) , algum filho nasceu prematuro (antes do tempo)?	_ _ _
36. Você já fez alguma cirurgia no útero (por exemplo, para retirar mioma, micro cesárea para interromper gravidez, para corrigir infertilidade, para tratar perfuração pós-aborto, ou por outra causa?) 0. Não 1. Sim	_ _

III. PRÉ-NATAL

“Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre a gravidez do **(nome do bebê)**.”

<p>37. Quando ficou grávida, você: (ler as opções)</p> <p>1. Pretendia engravidar naquele momento</p> <p>2. Pretendia esperar mais tempo</p> <p>3. Não pretendia engravidar</p>	_ _
--	-----

<p>38. Como você se sentiu quando soube que estava grávida do (a) (nome do bebê)? (ler as opções)</p> <p style="text-align: right;">1. Satisfeita</p> <p style="text-align: right;">2. Mais ou menos satisfeita</p> <p style="text-align: right;">3. Insatisfeita</p>	<input type="checkbox"/>
<p>39. Você fez algum tratamento para engravidar nesta gestação</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p> <p style="text-align: center;">(Se 0, passar para a questão 42)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>40. Qual?</p> <p>1. Remédio (comprimido) para estimular ovulação</p> <p>2. Inseminação artificial</p> <p>3. Fertilização in vitro</p> <p>4. Outro (responda a 41)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>41. Qual outro tratamento? _____</p>	
<p>42. Qual a data da sua última menstruação (antes do parto)? (Se não souber informar dia, mês ou ano, passar para a questão 44. Quando não souber informar o dia, colocar 99).</p>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>43. Você tem certeza dessa data?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>

<p>44. Quantas consultas de pré-natal você fez durante a gravidez do (a) (nome do bebê)?</p> <p><i>(Caso a gestante tenha mudado de unidade ou tenha frequentado pré-natal em mais de um serviço, considerar o total de consultas. Se não tiver realizado nenhuma consulta de pré-natal, passar para a questão 52.)</i></p>	<p>_____ </p>
<p>45. Com quantas semanas ou meses de gravidez você começou o pré-natal?</p> <p><i>(Se souber informar semanas, não registrar meses.)</i></p>	<p>45.1 _____ _____ semanas</p> <p>45.2 _____ meses</p>
<p>46. Onde foram realizadas as consultas do pré-natal da gravidez do(a) (nome do bebê)? (Ler as opções. Só colocar dois serviços se o número de consultas for igual nos dois)</p> <p>1. No hospital onde fez o parto</p> <p>2. No consultório particular</p> <p>3. No ambulatório/consultório do plano de saúde</p> <p>4. No serviço público</p> <p>5. Outros</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>47. Qual profissional de saúde atendeu você durante as consultas do pré-natal da gravidez do(a) (nome do bebê)?</p> <p>1. Médico 2. Enfermeiro 3. Outro 9. Não sabe informar</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p>48. Durante a gestação do (a) (nome do bebê), você obteve informações (por você mesmo ou através de outros: (ler as opções))</p>	
<p>48.1 Como começa o trabalho de parto?</p> <p>0. Não 1. Sim</p>	<p>_____</p>

<p>48.2 Sinais de risco na gravidez que devem fazer você procurar um serviço de saúde?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>48.3 Sobre coisas que você poderia fazer durante o trabalho de parto para facilitar o nascimento do bebê (ex: andar,tomar banho, posições para o parto, formas de diminuir a dor,etc)?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>48.4 Sobre não cortar o cordão umbilical imediatamente após o nascimento?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>48.5 Sobre ter contato pele a pele com o bebê na sala de parto?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>48.6 Amamentar na primeira hora de vida?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>

<p>48. Onde você obteve a maior parte dessas informações?</p> <p style="text-align: center;"> 1. Na consulta individual do pré-natal 2. No grupo/curso de gestante do pré-natal 3. No grupo de gestante do hospital onde fez o parto 4. Em outros grupos de gestantes 5. Operadora de plano de saúde 6. Internet 7. Outros (responda 49.1) </p>	<p style="text-align: right;"> _ </p> <p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>49.1 Especifique: _____</p>	
<p>50. Durante as consultas de pré- natal você foi informada sobre os riscos e benefícios de cada tipo de parto?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>

<p>51. Pelo o que você entendeu na gravidez, você diria que, para uma gestação semcomplicações: (ler as opções)</p> <p style="text-align: center;"> 1. O parto normal é mais seguro para a mãe e bebê 2. A cesárea é mais segura para a mãe e bebê 3. Tanto o parto normal quanto a cesárea são seguros para a mãe 4. Não ficou esclarecida </p>	<input type="checkbox"/>
<p>52. Você foi considerada gestante de risco?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>53. Antes da internação atual você foi internada alguma vez durante a gravidez do (a) (nome do bebê)?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 54) 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>53.1 Por qual motivo?(não ler as opções)</p> <p>01. Hipertensão/pré-eclâmpsia</p> <p>02. Sangramento</p> <p>03. Ameaça de parto prematuro</p> <p>04. Infecção urinária</p> <p>05. Diabetes</p> <p>06. Outros (responda 53.2)</p>	<div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div>

53.2 Qual motivo? _____	
54. Você sabia que este hospital participa de um projeto chamado Parto Adequado? 0. Não (vá para 59) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
55. Como você soube? 1. Profissional responsável pelo pré-natal 2. Operadora de plano de saúde 3. Amigas 4. Midia 5. Outros (responda 55.1)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
55.1 Especifique: _____	
56. Durante a gestação do (a) (nome do bebê), você foi orientada a procurar este hospital/maternidade para ter o parto? 0. Não (vá para 58) 1. Sim	<input type="checkbox"/>

<p>57. Quem forneceu essa orientação?</p> <p style="text-align: right;">1. Profissional do pré-natal</p> <p style="text-align: right;">2. Operadora de plano de saúde</p> <p style="text-align: right;">3. Outros (responda 57.1)</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p> <p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>57.1 Especifique: _____</p>	

<p>58. O fato do hospital participar do projeto Parto Adequado influenciou sua decisão de realizar parto neste hospital?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>59. Você foi orientada a visitar este hospital maternidade para conhecer o ambiente em que ficaria durante o trabalho de parto e parto?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>60. Você visitou a maternidade/ hospital onde iria realizar o seu parto?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim (vá para 62)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>61. Por que você não visitou a maternidade para conhecer o local onde você teria seu bebê?</p> <p style="text-align: right;">1. Já conhecia a maternidade</p> <p style="text-align: right;">2. As visitas eram oferecidas no horário de trabalho</p> <p style="text-align: right;">3. A maternidade fica em local distante da minha casa ou trabalho</p> <p style="text-align: right;">4. Não se interessou em visitar a maternidade</p> <p style="text-align: right;">5. Outro (responda a 61.1)</p> <p style="text-align: center;">(Após essa questão vá para 65)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

61.1 Especifique _____

(Após essa questão vá para 65)

62. Durante a visita você:		
62.1 Foi informada sobre situações de saúde que levariam a sua internação para o parto?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
62.2 Foi informada sobre a equipe de saúde que iria lhe atender no momento da internação?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
62.3 Visitou os locais em que ficaria durante o trabalho de parto e parto?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
62.4 Foi informada que você tem direito a um acompanhante sem pagar por isso?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
63. A visita ao hospital lhe ajudou a ficar mais tranquila quanto ao seu parto? (Ler opções)	1. Ajudou muito 2. Ajudou um pouco 3. Nem ajudou nem atrapalhou 4. Atrapalhou 5. Sem opinião formada	<input type="checkbox"/>
64. A maternidade que você visitou foi essa, onde ganhou o seu bebê?	0. Não (responda a 64.1) 1. Sim	<input type="checkbox"/>

64.1 Por que?

<p>65. Este hospital ofereceu a possibilidade de participar de um grupo de gestantes durante suagestação?</p> <p style="text-align: center;">0. Não (vá para o bloco V) 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>66. Você participou deste grupo?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>

1 V - DECISÃO SOBRE O TIPO DE PARTO

<p>67. No começo da gravidez do (a) (nome do bebê), que tipo de parto você queria ter?</p> <p>1. Parto normal</p> <p>2. Cesariana</p> <p>3. Não tinha preferência alguma (vá para o bloco VI)</p>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

68. O que você acha que pôde ter influenciado a sua preferência, no começo da gravidez, em relação ao tipo de parto? (**Não ler as opções**)

01. Histórias de parto de sua família e/ou de suas amigas

02. O medo da dor do parto normal

03. Queria ligar as trompas

04. O medo da cesariana

05. Experiência anterior positiva com parto normal

06. Experiência anterior positiva com cesariana

07. Experiência anterior negativa com parto normal

08. Experiência anterior negativa com cesariana

09. Parto normal é melhor que cesariana

<p>10. Melhor recuperação no parto normal</p> <p>11. Para poder marcar a data</p> <p>12. Informação sobre o tipo de parto</p> <p>13. Outros (responda a 68.1)</p>	<p> _ _ </p> <p> _ _ </p> <p> _ _ </p>
<p>68.1 Quais? _____</p> <p>_____</p>	
<p>69. Ao longo da gravidez do (a) (nome do bebê) a sua preferência sobre o tipo de partomudou?</p> <p style="text-align: center;">0. Não (vá para o bloco VI) 1. Sim</p>	<p> _ </p>
<p>70. O que influenciou essa mudança?</p> <p style="text-align: right;">1. Tive problemas de saúde</p> <p style="text-align: right;">2. Influência de familiares amigos</p> <p style="text-align: right;">3. Medo do parto normal</p> <p style="text-align: right;">4. Medo da cesariana</p> <p style="text-align: right;">5. Informações recebidas do médico</p> <p style="text-align: right;">6. Informações recebidas de outras fontes</p> <p style="text-align: right;">7. Outros</p>	<p> _ </p> <p> _ </p> <p> _ </p> <p> _ </p>
<p>70.1 Especifique: _____</p> <p>_____</p>	

VI. ADMISSÃO NA MATERNIDADE

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

<p>71. Quando chegou ao hospital para esta internação você estava com contrações dolorosas?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 72) 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>71.1 Com que frequência? (Ler opções)</p> <p style="text-align: center;">1. Mais de uma contração a cada 5 minutos</p> <p style="text-align: center;">2. Uma contração a cada 10 minutos</p> <p style="text-align: center;">3. Uma contração em intervalos maiores de 10 minutos</p> <p style="text-align: center;">9. Não sabe informar</p>	<input type="checkbox"/>
<p>72. Quantos centímetros de dilatação você tinha na hora da internação?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
<p>73. Quando você chegou no hospital, sua bolsa estava rompida?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>74. O motivo desta internação foi alguma complicação de saúde?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 75) 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>

<p>74.1 Qual?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pressão alta (Pre-eclampsia, Eclampsia, HELLP) 2. Diabetes 3. Sangramento 4. Placenta prévia/ baixa 5. Infecção 6. Problemas relacionados ao bebê 7. Outros 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>74.2 Qual? _____</p> <p>_____</p>	
<p>75. Você internou para cesárea agendada?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>

VII. TRABALHO DE PARTO

“Agora vou lhe fazer algumas perguntas referentes ao período desde que você internou até a hora do parto. Vamos chamar esta fase de ‘trabalho de parto no hospital’.”

<p>76. Você ficou internada em trabalho de parto aqui no hospital? (Ler opções)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Não, pois não entrei em trabalho de parto (vá para 86) 1. Não, já cheguei com o bebê nascendo (vá para 86) 2. Não, pois internei para fazer cesárea (vá para 86) 3. Sim 	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

<p>77. Quem acompanhou seu trabalho de parto? (ler as opções)</p> <p style="text-align: right;">1. Enfermeira 2. Médico</p> <p style="text-align: center;">(se apenas médico, passar para Questão 77.2)</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p> <p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>77.1. Essa enfermeira (Ler as opções)</p> <p>1. Estava de plantão</p> <p>2. Era da equipe de pré-natal</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p> <p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>77.2. Esse médico (Ler opções)</p> <p>1. Estava de plantão</p> <p>2. Era seu médico do pré-natal e veio para o hospital após ser contatado</p> <p>3. Era da equipe do seu médico de pré-natal e veio para o hospital após ser contatado</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p> <p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>78. Seu trabalho de parto foi induzido? Ou seja, usaram algum remédio, soro ou sonda para iniciar o seu trabalho de parto?</p> <p style="text-align: right;">0. Não</p> <p style="text-align: right;">1. Sim, comprimidos na vagina</p> <p style="text-align: right;">2. Sim, soro</p> <p style="text-align: right;">3. Sim, sonda</p> <p style="text-align: right;">9. Não sabe informar</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p> <p style="text-align: right;"> _ </p> <p style="text-align: right;"> _ </p>

<p>79. Você consumiu algum líquido ou alimento durante seu trabalho de parto? (Ler opções)</p> <p>0. Não, não foi oferecido 1. Não, porque não quis 2. Sim</p>	<input type="text"/>
--	----------------------

<p>80. Quando você estava no trabalho de parto, foi colocado soro na veia?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 82) 1. Sim</p>	_
<p>81. Foi posto no soro um medicamento para aumentar as contrações (ocitocina)?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim 9. Não soube informar</p>	_
<p><i>Essa pergunta só deve ser feita caso a bolsa não tenha rompido antes da internação</i></p> <p>82. Romperam a bolsa depois que você chegou aqui no hospital?(ler as opções)</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 83) 1. Sim</p> <p style="text-align: center;">2. Não, rompeu sozinha durante a internação (vá para 83)</p> <p style="text-align: right;">3. Não sei</p>	_
<p>82.1 Em que momento a bolsa foi rompida?</p> <p style="text-align: right;">1. Na sala de admissão 2. Durante o trabalho de parto 3. Na sala de parto</p>	_
<p>82.2 Com quanto de dilatação você estava quando romperam a sua bolsa?</p>	_

83. Você pôde caminhar durante o trabalho de parto? (**ler as opções**)

0. Não, não era permitido

1. Não, porque não quis

2. Sim

84. Você utilizou alguma das seguintes medidas para aliviar a dor durante o trabalho de parto? (ler as opções)	
84.1 Banheira com água morna 0. Não, não foi oferecido 1. Não, porque não quis 2. Sim	__
84.2 Chuveiro com água morna 0. Não, não foi oferecido 1. Não, porque não quis 2. Sim	__
84.3 Bola 0. Não, não foi oferecido 1. Não, porque não quis 2. Sim	__
84.4 Massagem 0. Não, não foi oferecido 1. Não, porque não quis 2. Sim	__
84.5 Banquinho para posição de cócoras 0. Não, não foi oferecido 1. Não, porque não quis 2. Sim	__
84.6 Cavalinho 0. Não, não foi oferecido 1. Não, porque não quis 2. Sim	__
84.7 Outro (responda a 84.8) 0. Não 1. Sim	__
84.8 Qual? _____	
85. Foi aplicada anestesia peridural ou raqui em algum momento do trabalho de parto? 0. Não 1.Sim 9. Não soube informar	__

86. Depois que você chegou nesta maternidade, fizeram cardiocografia (exame feito através de duas fitas que ficam em volta da sua barriga para ver a contração e o batimento do coração do seu bebê)?

1. Sim, na hora que internei

2. Sim, em alguns momentos do trabalho de parto

3. Sim, durante todo o trabalho de parto

9. Não soube informar

VIII. PARTO

“Agora vou lhe fazer algumas perguntas referentes ao parto (hora do nascimento mesmo).”

<p>87. Com quantos semanas/meses de gestação o (a) (nome do bebê) nasceu? (Se souber informar semanas, não marcar meses)</p>	<p>87.1 ____ ____ Semanas</p> <p>87.2 ____ Meses</p>
<p>88. Durante a gravidez do (a) (nome do bebê) você tomou alguma injeção de corticóide para amadurecer o pulmão do bebê?</p> <p style="text-align: center;">0. Não (vá para 90) 1. Sim</p>	<p style="text-align: center;"> ____ </p>
<p>89. Com quantas semanas gestacionais você estava quando tomou a última dose do corticóide?</p>	<p> ____ ____ semanas</p>
<p>90. Você foi incentivada a fazer um plano de parto?</p> <p style="text-align: center;">0. Não (vá para 91) 1. Sim</p>	<p style="text-align: center;"> ____ </p>
<p>90.1 Quem te incentivou?</p> <p style="text-align: center;">1. O profissional responsável pelo pré-natal 2. A equipe do hospital onde realizei o parto 3. Outra pessoa</p>	<p style="text-align: center;"> ____ </p> <p style="text-align: center;"> ____ </p> <p style="text-align: center;"> ____ </p>

91. Você fez o plano de parto?

0. Não (vá para 93)

1. Sim

<p>92. Seu plano de parto foi respeitado?</p> <p style="text-align: right;">0. Não</p> <p style="text-align: right;">1. Sim, parcialmente</p> <p style="text-align: right;">2. Sim, totalmente</p>	<input type="checkbox"/>
<p>93. Qual profissional de saúde lhe atendeu no parto?</p> <p style="text-align: right;">1. Médico</p> <p style="text-align: right;">2. Enfermeiro</p>	<input type="checkbox"/>
<p>94. Esse profissional de saúde que atendeu o seu parto era (Ler as opções)</p> <p style="padding-left: 40px;">1. O mesmo profissional que me acompanhou durante todo o pré-natal</p> <p style="padding-left: 80px;">2. Um dos profissionais da equipe do seu pré-natal</p> <p style="padding-left: 40px;">3. Um dos profissionais da equipe de plantão do hospital</p> <p style="padding-left: 80px;">4. Outro</p>	<input type="checkbox"/>
<p>95. Qual foi o tipo de parto que você teve?</p> <p>1. Parto normal /fórceps/ vácuo extrator</p> <p>2. Cesariana</p> <p>(se gemelar, marcar o tipo de parto de todos os bebês.</p>	<p>1° <input type="checkbox"/></p> <p>2° <input type="checkbox"/></p>

<p>96. De quem foi à decisão por este tipo de parto?(ler as opções)</p> <p>1. Sua</p> <p>2. Do médico</p> <p>3. Da enfermeira</p> <p>4. Conjunta</p> <p>5. Outra pessoa (responda a 96.1)</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
---	--

96.1 Quem? _____	
<p>97. Na hora do parto qual a posição do(a)(nome do bebê) na sua barriga?</p> <p style="text-align: right;"> 1. De cabeça para baixo 2. Sentado 3. Outra posição 9. Não sabe informar </p>	<p>1° <input type="checkbox"/></p> <p>2° <input type="checkbox"/></p>
<i>Só para quem teve parto normal</i>	
<p>98. Você foi para outra sala na hora de ter o bebê?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>99. Qual foi a posição que você ficou para ter o bebê?</p> <p style="text-align: right;"> 1. Deitada de costas com as pernas levantadas 2. Deitada de lado 3. Sentada / reclinada 4. Na banheira 5. De quatro apoios 6. De cócoras 7. De pé </p>	<input type="checkbox"/>
<p>100. Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saído do bebê? (manobra de Kristeller).</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>101. No momento do parto foi feito episiotomia (corte no seu períneo/vagina)?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim 9. Não sei</p>	<input type="checkbox"/>

13. O bebê entrou em sofrimento	
--	--

<p>14. Passou da hora/do tempo (pós-maturidade)</p> <p>15. A bolsa rompeu</p> <p>16. Pressão alta</p> <p>17. Falha de indução/a indução não funcionou</p> <p>18. Outra razão não citada (responda a 104.1)</p>	<p>____ </p> <p>____ </p> <p>____ </p> <p>____ </p>
<p>104.1 Que razão? _____</p>	
<p>105. Você teve acompanhante durante sua internação?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim (vá para 106)</p>	<p>____ </p>
<p>105.1 Se não, por quê? (Não ler as opções)</p> <p style="text-align: center;">01. A maternidade não permitia qualquer acompanhante</p> <p style="text-align: center;">02. Não permitia homens</p> <p style="text-align: center;">03. Só permitia para adolescente</p> <p style="text-align: center;">04. Só permitia acompanhante maior de idade</p> <p style="text-align: center;">05. Eu não sabia que podia</p> <p style="text-align: center;">06. Eu não queria</p> <p style="text-align: center;">07. Não tinha quem ficasse comigo</p> <p style="text-align: center;">08. Tinha que pagar para ficar com acompanhante</p> <p style="text-align: center;">09. Só podia acompanhante na sala de parto</p> <p style="text-align: center;">10. Outros. (responda a 105.2)</p> <p style="text-align: center;">99. Não soube informar</p> <p style="text-align: center;">(Ao final dessa questão, vá para o bloco IX)</p>	<p>____ </p>
<p>105.2 Defina: _____</p> <p style="text-align: right;">(vá para o bloco IX)</p>	

<p>108. Depois desses cuidados você:</p> <p style="text-align: right;"> 1. Ficou com o bebê no colo 2. Apenas viu o bebê (vá para 110) 3. Não teve contato (vá para 110) </p>	<p>1° ____ </p> <p>2° ____ </p>
<p>109. Ele ficou em contato pele a pele com você, sem roupas ou lençóis entre vocês?</p> <p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim </p>	<p>1° ____ </p> <p>2° ____ </p>
<p>110. O bebê veio para o quarto junto com você?</p> <p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim (vá para 112) </p>	<p>1° ____ </p> <p>2° ____ </p>
<p>110.1 Por quê?</p> <p style="text-align: right;"> 1. Foi para o berçário/incubadora/berço aquecido 2. Foi para a UI/UTI/berçário patológico 3. Outro motivo (responda a 110.2) </p>	<p>1° ____ </p> <p>2° ____ </p>
<p>110.2 Qual? _____</p>	

<p>111. Quanto tempo depois do parto seu bebê pôde ficar com você no seuquarto?</p> <p>(Preencher com 77 nos casos em que o bebê ainda está na UI/UTI)</p>	<p>1° bebê</p> <p> _ _ _ dia</p> <p> _ _ _ horas</p> <p> _ _ _ minutos</p>
	<p>2° bebê</p> <p> _ _ _ dia</p> <p> _ _ _ horas</p> <p> _ _ _ minutos</p>

2 **X – ALEITAMENTO MATERNO (ATENÇÃO! EM CASO DE ÓBITO, NÃO APLICAR ESTE BLOCO).**

Atenção entrevistador: **NÃO** fazer as perguntas deste bloco para mulheres que perderam seu bebê. “Agora vou fazer perguntas sobre a alimentação do (**nome do bebê**).”

<p>112. Você já ofereceu o peito para o seu bebê?</p> <p style="text-align: center;">0. Não 1. Sim (vá para 113) 8. Não se aplica</p>	<p style="text-align: right;">1° ____ </p> <p style="text-align: right;">2° ____ </p>
<p>112.1 Por que ainda não deu o peito ao seu bebê?</p> <p style="text-align: center;">1. Mãe HIV+ (vá para o bloco XI)</p> <p style="text-align: center;">2. Mãe HTLV+ (vá para o bloco XI)</p> <p style="text-align: center;">3. Bebê prematuro</p> <p style="text-align: center;">4. Bebê doente e não pode mamar</p> <p style="text-align: center;">5. Bebê não consegue sugar</p> <p style="text-align: center;">6. Leite não desceu/ pouco leite</p> <p style="text-align: center;">7. Estou sem posição para amamentar</p> <p style="text-align: center;">8. Outros (responda a 112.2)</p>	<p style="text-align: right;">1° ____ ____ ____ </p> <p style="text-align: right;">2° ____ ____ ____ </p>

112.2 Quais? _____	
113. Depois do nascimento, você deu o peito na sala de parto? 0. Não 1. Sim (vá para 115)	1° __ 2° __
114. Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (mais ou menos)	1° bebê __ __ dia __ __ horas __ __ minutos 2° bebê __ __ dia __ __ horas __ __ minutos
115. (Aqui) no hospital, o/a (nome do bebê) recebeu outro leite ou líquido que não o do seu peito? 0. Não (vá para o bloco XI) 1. Sim 9. Não sabe (vá para o bloco XI)	1° __ 2° __

<p>115.1 Por que recebeu outro leite ou líquido? (Não ler opções)</p>	<p>1°</p> <p>_____ _____ _____ _____ </p> <p>2°</p> <p>_____ _____ _____ _____ </p>
<p>1. Bebê não conseguia mamar</p> <p>2. Leite não havia descido/estava com pouco leite</p> <p>3. Rotina hospitalar, foi prescrito pelo pediatra</p> <p>4. Outros (responda a 115.2)</p>	
<p>115.2 Especifique: _____</p>	
<p>116. Como o leite foi dado ao seu bebê?</p>	<p>1. Na mamadeira/chuquinha</p> <p>2. No copinho</p> <p>3. Na sonda/gavagem/seringa</p> <p>4. Outros (responda a 116.1)</p> <p>9. Não soube informar</p> <p>1° _____ _____ _____ </p> <p>2° _____ _____ _____ </p>
<p>116.1 Especifique: _____</p>	

XI. DADOS FAMILIARES

“Vou fazer algumas perguntas sobre o seu nível educacional e sua família.”

<p>117. Qual o último grau que você cursou?</p> <p style="text-align: right;">0. Nenhum (vá para 119)</p> <p style="text-align: right;">1. Ensino Fundamental (1º grau) (responda a 118)</p> <p style="text-align: right;">2. Ensino Médio (2º grau) (responda a 118)</p> <p style="text-align: right;">3. Ensino Superior Incompleto (3º grau) (vá para 118)</p> <p style="text-align: right;">4. Ensino Superior Completo (3º grau) (vá para 117.2)</p>	<input type="text"/>
<p>5. Pós graduação (responda a 117.1)</p>	
<p>117.1 Qual?</p> <p style="text-align: right;">1. Especialização</p> <p style="text-align: right;">2. Mestrado</p> <p style="text-align: right;">3. Doutorado</p>	<input type="text"/>
<p>117.2. Qual é a duração regulamentar do seu curso de ensino superior?</p>	<input type="text"/>
<p>118. Última série/ano que você concluiu com aprovação?</p>	<input type="text"/>

<p>119. Qual é a sua situação conjugal? (ler as opções)</p> <p style="text-align: right;">1. Solteira</p> <p style="text-align: right;">2. Casada no papel/vive com companheiro</p> <p style="text-align: right;">3. Separada/divorciada</p> <p style="text-align: right;">4. Viúva</p>	<input type="checkbox"/>
<p>120. Você tem algum trabalho remunerado?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>121. Quem é o (a) chefe da família?</p> <p style="text-align: right;">1. Você (a própria mulher) (vá para o bloco XII)</p> <p style="text-align: right;">2. O companheiro</p> <p style="text-align: right;">3. Mãe</p> <p style="text-align: right;">4. Pai</p>	<input type="checkbox"/>

<p style="text-align: center;">5. Outra pessoa da família (responda a 121.1)</p> <p style="text-align: center;">6. Outra pessoa que não reside na casa (responda a 121.1)</p>	
<p>121.1 Que pessoa? _____</p>	
<p>122. Qual o último grau que o chefe da família cursou?</p> <p style="text-align: center;">0. Nenhum (vá para bloco XII)</p> <p style="text-align: center;">1. Ensino Fundamental (1º grau) (responda a 123)</p> <p style="text-align: center;">2. Ensino Médio (2º grau) (responda a 123)</p> <p style="text-align: center;">3. Ensino Superior (3º grau)</p> <p style="text-align: center;">9. Não sabe informar (vá para bloco XII)</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p>
<p>123. Última série/ano que o chefe da família concluiu com aprovação?</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p>

XII. IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO-

“Agora, vou lhe fazer algumas perguntas sobre a sua casa.”

<p>124.A água utilizada na sua casa é proveniente de? (Ler opções)</p> <p style="text-align: right;"> 1. Rede geral de distribuição 2. Poço ou nascente 3. Outro meio </p>	<input type="text"/>
<p>125. Considerando o trecho da rua da sua casa, você diria que a rua é (Ler opções)</p> <p style="text-align: right;"> 1. Asfaltada/pavimentada 2. Terra/cascalho </p>	<input type="text"/>
<p>126. Quantos banheiros com vaso sanitário de uso exclusivo da sua família têm na suacasa? (incluir banheiro de empregada)</p>	<input type="text"/>
<p>127. Agora, vou lhe fazer algumas perguntas sobre coisas que você pode ter ou não ter na sua casa.</p>	
<p>128. Na sua casa tem microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptop, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones? Se Sim quantos?</p> <p style="text-align: right;">0. Não possui</p>	<input type="text"/>
<p>129. Na sua casa tem geladeira? Se Sim, quantos?</p> <p style="text-align: right;">0. Não possui</p>	<input type="text"/>

<p>130. Na sua casa tem freezer (aparelho independente ou parte de geladeira duplex)? Se Sim, quantos?</p> <p style="text-align: right;">0. Não possui</p>	<input type="text"/>
<p>131. Na sua casa tem DVD? Se Sim, quantos?</p> <p style="text-align: right;">0. Não possui</p>	<input type="text"/>
<p>132. Na sua casa tem máquina de lavar roupa? Se Sim, quantos? (não incluir tanquinho)</p> <p style="text-align: right;">0. Não possui</p>	<input type="text"/>

133. Na sua casa tem lavadora de louças? Se Sim, quantos? 0. Não possui	<input type="text"/>
134. Na sua casa tem fornos de micro-ondas?Se Sim, quantos? 0. Não possui	<input type="text"/>
135. Na sua casa tem máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca? Se Sim, quantos? 0. Não possui	<input type="text"/>
136. Na sua casa tem moto? Se Sim, quantos? 0. Não possui	<input type="text"/>
137. Na sua casa tem carro particular? Se Sim, quantos? 0. Não possui	<input type="text"/>
138. Na sua casa tem empregada mensalista? (5 dias ou mais por semana) Se Sim, quantos? 0. Não possui	<input type="text"/>

XIII. HÁBITOS MATERNOS

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

<p>139. Você fumava antes da gravidez do (nome do bebê)?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>140. Você fumou na gravidez do (nome do bebê)?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 143) 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>141. Você fumou até que mês da gravidez do (nome do bebê)?</p>	<input type="text"/>
<p>142. Você fumava todo dia?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>142.1 Quando fumava, quantos cigarros fumava por dia? <i>(um maço contém aproximadamente 20 cigarros)</i></p>	<input type="text"/>
<p>143. Durante a gravidez, você bebeu chope, cerveja ou alguma outra bebida alcoólica?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (confirme: “nem de vez em quando?”) 1. Sim</p> <p><i>Se entrevistada for <u>completamente abstinência</u>, pular para o bloco XIV</i></p>	<input type="checkbox"/>
<p>144. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>

<p>145. Seu (ex) companheiro ou seus pais se preocupam ou reclamam quando você bebe?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	_
<p>146. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	_
<p>147. Alguma vez você acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido na noite passada?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	_
<p>148. Quantas doses você precisa beber para se sentir “alta”, ou seja, quantas doses são necessárias para que você comece a se sentir diferente do seu jeito “normal”?</p> <p><i>(Uma dose de bebida alcoólica corresponde, por exemplo, a uma lata ou meia garrafa de cerveja, a 1 chopp, a 2 copos de cerveja, a 1 copo de vinho, a uma dose de uísque, cachaça ou outros destilados ou a 1 copo de caipirinha)</i></p> <p style="text-align: right;">1. 1 dose 2. 2 doses 3. 3 doses</p>	_ _

XIV. ANTECEDENTES PESSOAIS

“Agora vou lhe fazer perguntas sobre alguns problemas de saúde.”

149. Você apresentava alguma dessas doenças antes da gravidez que tenha sido confirmada por médico? (ler as opções)		
150. Doença do coração	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
151. Pressão alta fora da gestação , tendo sido prescrito remédio para uso continuado	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
152. Anemia grave, fora da gestação , ou outra doença no sangue	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
153. Asma/bronquite	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
154. Lupus ou esclerodermia	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>

155. Hipotireoidismo	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>
155.1. Hipertireoidismo	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>
156. Diabetes/açúcar alto no sangue, fora da gestação , confirmado por médico especialista	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>
157. Doença renal/nos rins confirmada por médico especialista que precisa de tratamento	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>
158. Epilepsia/convulsão, antes da gestação	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
159. AVC/derrame	0.Não	1.Sim	
160. Doença do fígado confirmada por médico especialista que precisa de tratamento	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>
161. Doença mental, que necessita de acompanhamento com especialista	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>

162. Outros	<input type="checkbox"/>
0. Não (vá para o bloco XV) 1.Sim	
162.1 Quais? _____	

3 XV– PLANO DE SAÚDE

“Agora vou fazer algumas perguntas sobre plano de saúde”

<p>163. Você tem direito a algum plano de saúde, particular, de empresa ou órgão público?(leras opções)</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para o bloco XVI)</p> <p style="text-align: right;">1. Sim, apenas um</p> <p style="text-align: right;">2. Sim, mais de um</p>	<input type="checkbox"/>
<p>164. Este plano de saúde dá direito à: (Ler opções)</p> <p style="text-align: right;">1. Consulta médica</p>	
<p style="text-align: right;">2. Internações hospitalares</p> <p style="text-align: right;">3. Assistência ao parto</p> <p style="text-align: right;">4. Exames complementares</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>165. Você desembolsou algum recurso próprio para ter acesso a algum desses procedimentos:</p>	
<p>165.1 Parto normal ou cesariana agendada com médico do plano?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>165.2 Laqueadura tubária?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>

<p>165.3 Disponibilidade do profissional para acompanhar seu trabalho de parto</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	_
<p>165.4 Equipe médica de sua escolha não conveniada</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	_
<p>165.5 Internação nesta maternidade?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	_
<p>166. Durante a gravidez você solicitou a taxa de cesariana de médicos e hospitais da rede credenciada?</p> <p style="text-align: right;">0. Não(vá para o bloco XVI) 1. Sim</p>	_
	_
<p>167. A operadora forneceu as informações solicitadas?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	
<p>168. Essa informação influenciou na sua decisão sobre:</p>	
<p>168.1 O profissional que fez seu pré-natal</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	_
<p>168.2 A maternidade onde realizaria seu parto</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	_

XVI. INFORMAÇÕES BIOMÉTRICAS

“Agora vou perguntar algumas questões sobre seu peso e altura”

169. Qual era o seu peso antes de ficar grávida? (anotar em Kg)	_____Kg
170. Qual era o seu peso na última consulta de pré-natal? (anotar em Kg)	_____Kg
170.1 Qual era o seu peso no período próximo ao parto? (anotar em Kg)	_____Kg
171. Em que data foi pesada pela última vez no pré-natal?	____/____/____
172. Qual é a sua altura? (anotar em cm)	_____cm

XVII. SATISFAÇÃO COM ATENDIMENTO HOSPITALAR

“Faremos agora algumas perguntas relativas à sua internação para o parto e a sua satisfação com a maneira como ele aconteceu.”

<p>173. Na sua internação para o parto, como a Sra avalia a clareza com que os profissionais de saúde explicaram as coisas para você? (Ler opções)</p> <p>1. Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p>
<p>174. Na sua internação para o parto, como a Sra. avalia o respeito dos profissionais ao recebê-la e ao falar com a você? (Ler opções)</p> <p>1. Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p>
<p>175. Receber um tratamento respeitoso significa ter os exames realizados de maneira respeitosa. Na sua internação para o parto, como a Sra avalia a maneira como sua intimidade foi respeitada durante o exame físico e o atendimento (por exemplo, durante os toques e o atendimento ao parto?) (Ler opções)</p> <p>1. Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p>
<p>176. Na sua internação para o parto, como a Srª avalia o tempo disponível para fazer perguntas sobre a sua saúde ou o seu tratamento? (Ler opções)</p> <p>1. Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p>
<p>177. Na sua internação para o parto, como a Srª avalia a possibilidade de participar junto com a equipe de saúde das decisões sobre o seu trabalho de parto e o parto? (Ler opções)</p> <p>1. Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p>

<p>178. Na sua internação para o parto, a Sra. considera que foi vítima de algum maltrato ou outra forma de violência por parte dos profissionais, como <i>(pode ter mais de uma resposta)</i> (Ler opções)</p> <p style="text-align: right;">1. Não</p> <p style="text-align: center;">2. Violência verbal (algum profissional gritou ou xingou a Sra.)</p> <p>3. Violência psicológica (algum profissional a ameaçou, humilhou ou se negou a atendê-la ou oferecer algum tipo de alívio para dor)</p> <p>4. Violência física (algum profissional a empurrou, machucou ou fez exame de toque de forma dolorosa)</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p> <p style="text-align: right;"> _ </p> <p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>179. Na sua opinião, o atendimento ao seu parto foi: (Ler opções)</p> <p style="text-align: center;">1. Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>180. Na sua opinião, o atendimento ao bebê na maternidade onde ele nasceu foi: (Ler opções)</p> <p style="text-align: center;">1. Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>

XVIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

181. Você gostaria de dizer mais alguma coisa? 0. Não (vá para 264) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
182. O que deseja dizer?	
183. O seu cartão da gestante está aqui com você? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
184. Você tem resultado de exame de ultrassonografia aqui com você? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

185. Observações do entrevistador:

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

10. Data da saída do hospital/óbito onde foi realizado o parto: (Se alta ou saída à revelia, vá para a questão 13 e se óbito, vá para a 12)	_ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _
11. Hospital para onde foi transferida após o parto (nome, cidade e estado) _____	
11.1 Motivo da transferência: _____	
11.2 Tipo de saída do hospital para onde foi transferida: _____ 1. Alta 2. Saída à revelia 3. Óbito 4. Permanece internada após 42 dias da data do parto (vá para o bloco 3)	_____ <input type="checkbox"/>
11.3 Data da saída do hospital para onde foi transferida	_ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _
12. Número da Declaração de Óbito: _____	
3. Antecedentes clínico-obstétricos	
Antecedentes pessoais de risco:	
13. Doença cardíaca	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
14. Hipertensão arterial com tratamento continuado	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
15. Anemia grave ou outra hemoglobinopatia	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
16. Asma	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
17. Lupus ou esclerodermia	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
18. Hipotireodismo	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>

18.1. Hipertireodismo	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>
19. Diabetes não gestacional	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>
20. Doença renal crônica	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>
21. Convulsões/epilepsia	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>
22. Acidente Vascular Cerebral (AVC)	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>
23. Doença hepática crônica	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>
24. Doença psiquiátrica	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>
25. Outros	0. Não(vá para 27)1. Sim	<input type="checkbox"/>
26. Quais?_____		
Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação):		
27. Incompetência istmo-cervical (IIC)	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>
28. Crescimento Intra Uterino Restrito (CIUR)	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>
29. Oligodramnia	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>
30. Polidramnia	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>
31. Isoimunização RH	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>
32. Placenta prévia	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>
33. Descolamento prematuro de placenta (DPP)	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>
34. Amniorexe prematura	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>
35. Diabetes gestacional	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>
36. Hipertensão crônica prévia a gestação	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>

37. Pré- eclampsia / Hipertensão gestacional	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>
38. Eclâmpsia	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>
39. Síndrome HELLP	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>
40. Ameaça de parto prematuro	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>
41. Sífilis	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>
42. Infecção urinária	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>
43. Infecção pelo HIV	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>
44. Toxoplasmose (que precisou tratar)	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>
45. Infecção por ZICA	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>
46. Infecção por Dengue	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>
47. Infecção por Chicungunha	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>
48. Exame de cultura para streptococo na vagina e/ou ânus e/ou urina com resultado positivo	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>
49. Bebê com malformação congênita	0. Não (vá para 51)1. Sim	<input type="checkbox"/>
50. Qual? _____		
51. Outros problemas	0. Não (vá para 53)1. Sim	<input type="checkbox"/>
52. Qual? _____		

53. Cirurgia uterina anterior (miomectomia, microcesarea, outras cirurgias do corpo uterino) 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
4. Dados da Internação	
54. Data da última menstruação (DUM):	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
55. Idade gestacional na admissão calculada pela DUM:	<input type="text"/> semanas
56. Idade gestacional na admissão calculada por USG:	<input type="text"/> semanas
57. IG na USG usada para cálculo:	<input type="text"/> semanas
58. Data da USG usada para cálculo:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
59. Idade gestacional na admissão sem referência ao método de cálculo:	<input type="text"/> semanas
60. Apresentação do bebê: 1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação	1° bebê <input type="checkbox"/> 2° bebê <input type="checkbox"/>
61. Há registro de pressão arterial na admissão 0. Não (vá para 64) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
62. Primeira verificação: sistólica (em mmhg)	sist <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmhg
63. Primeira verificação: diastólica (em mmhg)	diast <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmhg
64. Há registro de prescrição/uso de sulfato de magnésio no momento da internação? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
65. Sangramento vaginal na admissão hospitalar: 0. Não 1. Sim, pequeno 2. Sim, moderado 3. Sim, intenso 4. Sim, sem especificação	<input type="checkbox"/>

<p>66. Perda de líquido amniótico (ruptura da bolsa) antes (ou no momento) da internação:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Não 2. Sim, líquido claro 3. Sim, líquido com mecônio 4. Sim, líquido sanguinolento 5. Sim, líquido purulento/ fétido 6. Sim, sem especificação 	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
<p>67. Dilatação do colo do útero no momento da admissão: em centímetros (consultar instrutivo)</p>	
<p>68. Número de contrações em 10 minutos no momento da admissão:</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> contrações
<p>69. Batimento Cardíaco Fetal (BCF) na admissão (ou primeiro exame):</p> <p>0. Ausente (vá para 71) 1. Presente 9. Sem informação</p>	<input type="checkbox"/>
<p>70. Qual a frequência?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> bpm
<p>71. Realizada cardiotocografia (CTG): (<i>Permite mais de 1 opção</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Não (vá para 73) 1. Sim, antes de vir para maternidade 2. Sim, na admissão/internação 3. Sim, no trabalho de parto após internação 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>72. Algum resultado da CTG alterado:</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim 9. Sem informação</p>	<input type="checkbox"/>
<p>73. Realizado Dopplerfluxometria Fetal: (<i>Permite mais de 1 opção</i>)</p> <p style="text-align: right;">0.Não (vá para 75)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sim, antes de vir para maternidade 2. Sim, na admissão/internação 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>74. Algum Doppler alterado: 0. Não 1.Sim 9. Sem informação</p>	<input type="checkbox"/>

<p>75. Prescrição de corticóide antes do parto: <i>(Permite mais de 1 opção)</i></p> <p style="text-align: right;">0. Não</p> <p style="text-align: right;">1. Sim, antes da internação</p> <p style="text-align: right;">2. Sim, na admissão/internação</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p> <p style="text-align: center;"> _ _ </p>
<p>75.1 Data do uso</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ / _ _ / _ _ _ _ </p>
<p>76. Diagnóstico na internação: <i>(Permite mais de 1 opção)</i></p> <p>a. Pródornos de trabalho de parto</p> <p>b. Indução do trabalho de parto</p> <p>c. Trabalho de parto prematuro/ameaça de trabalho de parto</p> <p>d. Trabalho de parto</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p>

e.	Amniorrexe prematura (Ruptura das membranas ovulares /Bolsa rota)	<input type="checkbox"/>
f.	Gestação múltipla (2 ou + fetos)	<input type="checkbox"/>
g.	Gestação prolongada/pós-maturidade	<input type="checkbox"/>
h.	Sofrimento fetal agudo	<input type="checkbox"/>
i.	Doppler fetal alterado (umbilical ou cerebral)	<input type="checkbox"/>
j.	Crescimento restrito (CIUR)	<input type="checkbox"/>
k.	Polidramnia	<input type="checkbox"/>
l.	Oligodramnia	<input type="checkbox"/>
m.	Descolamento prematuro da placenta / DPP	<input type="checkbox"/>
n.	Hemorragia vaginal	<input type="checkbox"/>
o.	Placenta prévia	<input type="checkbox"/>
p.	Hipertensão crônica	<input type="checkbox"/>
q.	Pré-eclampsia	<input type="checkbox"/>
r.	Eclâmpsia /convulsão	<input type="checkbox"/>
s.	Síndrome HELLP	<input type="checkbox"/>
t.	Apresentação pélvica	<input type="checkbox"/>
u.	Outra apresentação anômala (córmica/transversa)	<input type="checkbox"/>
v.	Iteratividade (cesáreas anteriores)	<input type="checkbox"/>
w.	Diabetes não gestacional	<input type="checkbox"/>
x.	Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/>
y.	Infecção pelo HIV	<input type="checkbox"/>
z.	Óbito fetal	<input type="checkbox"/>
aa.	Sepse	<input type="checkbox"/>
bb.	Cesariana agendada	<input type="checkbox"/>
cc.	Sem diagnóstico clínico-obstétrico informado.	<input type="checkbox"/>
	Outro diagnóstico(responda a 77)	<input type="checkbox"/>
ee.	Intercorrência clinica (vá para 78)	<input type="checkbox"/>

77. Outro diagnóstico. Qual? _____

78. Intercorrência clínica. Qual?

5. Assistência ao trabalho de parto	
<p>79. Trabalho de Parto</p> <p>1. Espontâneo</p> <p>2. Induzido com sucesso</p> <p>3. Induzido, sem sucesso (falha de indução)</p> <p>4. Não entrou em trabalho de parto (responda a 80 e vá para 101)</p>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<p>80. Houve indicação de cesariana no momento da admissão/internação:</p> <p style="text-align: right;">0. Não</p> <p style="text-align: right;">1. Sim</p> <p style="text-align: center;"><i>SE A RESPOSTA NESSA QUESTÃO FOR “SIM” E NA 79 “ESPONTÂNEO” <u>PULE PARA 101</u></i></p> <p style="text-align: center;"><i>SE A RESPOSTA NESSA QUESTÃO FOR “SIM” E NA 79 “INDUZIDO COM SUCESSO” OU “INDUZIDO SEM SUCESSO” <u>RESPONDA A 83 E PULE PARA 101</u></i></p>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<p>81. Data da admissão/internação no pré-parto:</p>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<p>82. Hora da admissão/internação no pré-parto (se não houver registro, marcar 00h00min):</p>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

<p><u>ESSA QUESTÃO DEVE SER RESPONDIDA SEMPRE QUE A RESPOSTA NA QUESTÃO 79 FOR “INDUZIDO COM SUCESSO ” OU “INDUZIDO SEM SUCESSO”</u></p>	
<p>83. Medicamentos/método utilizados para indução do parto: (ver folha de prescrição)</p>	
<p style="text-align: right;">1. Ocitocina</p> <p style="text-align: right;">2. Misoprostol 3. Krause</p> <p style="text-align: right;">/foley/balão</p> <p style="text-align: right;">4. Dinoprostone</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>84. Prescrição de dieta no trabalho de parto:</p>	
<p style="text-align: right;">0. Dieta zero</p> <p style="text-align: right;">1. Dieta líquida</p> <p style="text-align: right;">2. Outro tipo de dieta</p> <p style="text-align: right;">9. Sem informação</p>	<input type="checkbox"/>
<p>85. Prescrição/uso de hidratação venosa no trabalho de parto:</p>	
<p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim(vá para 87)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>86. Colocação de acesso venoso no trabalho de parto:</p>	
<p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>87. Prescrição/uso de antibióticos no trabalho de parto:</p>	
<p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>88. Realização de tricotomia (raspagem dos pelos) na maternidade:</p>	
<p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>89. Enteroclise/enema (lavagem intestinal) antes do parto:</p>	
<p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>

<p>90. Profissional que acompanhou o trabalho de parto: <i>(Permite mais de 1 opção)</i></p> <p style="text-align: right;">1. Médico (a)</p> <p style="text-align: right;">2. Enfermeiro(a)obstetra/obstetiz</p> <p style="text-align: right;">3.Enfermeiro (a)</p> <p style="text-align: right;">4.Outro</p> <p style="text-align: right;">9. Sem informação</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ _ </p> <p style="text-align: center;"> _ _ _ </p> <p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>91. Presença de partograma no prontuário:</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 94)1. Sim</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>92. Qual era o registro de dilatação do colo do útero no início do uso do partograma?</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ cm</p>
<p>93. Em quantos momentos do trabalho de parto, foram feitos registros de informação Clínicas e/ou obstétricas no partograma?</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p>
<p>94. Prescrição/uso de ocitocina durante o trabalho de parto:</p> <p style="text-align: right;">0.Não (vá para 96)1. Sim</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>95. Dilatação do colo do útero no início da administração da ocitocina:</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ cm</p>
<p>96. Prescrição/uso de analgésicos durante o trabalho de parto:<i>(Permite mais de 1 opção)</i></p> <p style="text-align: right;">1. Não</p> <p style="text-align: right;">2. Sim, opióides(dolantina, meperidina ou petidina)</p> <p style="text-align: right;">3. Sim, outras(buscopam, dipirona,hioscina, outros)</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p> <p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>97. Utilização de analgesia durante o trabalho de parto:</p> <p style="text-align: right;">0. Não</p> <p style="text-align: right;">1. Peridural</p> <p style="text-align: right;">2.Raqui</p> <p style="text-align: right;">3.Peri+Raqui(combinação)</p> <p style="text-align: right;">4. Geral</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>

<p>98. Ruptura de membranas durante o trabalho de parto /parto: (se rotura antes da admissão, registre“8”)</p> <p style="text-align: center;"> 1. Sim, ruptura espontânea 2. Sim, ruptura artificial (amniotomia) 3. Sim, sem informação do tipo de ruptura </p>	<input type="checkbox"/>
<p>99. Dilatação do colo do útero no momento da ruptura de membranas (amniotomia) no partograma/prontuário:</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> cm
<p>100. Característica do líquido:</p> <p> 1. Líquido claro 2. Líquido com mecônio 3. Líquido sanguinolento 4. Líquido purulento/ fétido 5. Líquido sem especificação </p>	<input type="checkbox"/>
<p>101. Há registro no prontuário de: (<i>Permite mais de 1 opção</i>)</p> <p>1. Sofrimento fetal durante o TP</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p> 2. Eliminação de mecônio espesso 3. Bradicardia fetal (BCF < 110) 4. Taquicardia fetal (BCF > 160) 5. Presença de DIP 2 ou 3 (desaceleração na cardiotocografia) 6. CTG - categoria 2 ou 3 7. Diagnóstico de corioamniotite ou infecção intrauterina antes do parto? 8. Sem registro de alguma das alterações acima </p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Dados da Assistência ao Parto	
<p>102. Dia do parto:</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>103. Hora do parto:</p>	<input type="text"/> horas <input type="text"/> min

<p>104. Tipo de parto</p> <p>1. Vaginal (inclui fórceps/ vácuo extrator) 2.Cesáreo (vá para 114)(Em caso de gemelar, com parto normal e cesárea, preencher as questões relativas aos dois tipos de parto)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>105. Uso de fórceps/vácuo extrator:</p> <p>0. Não 1.Fórceps 2.Vácuo-extrator</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>106. Qual profissional assistiu o parto:</p> <p>1.Médico(a) 2. Enfermeiro(a)obstetra/obstetriz 3. Enfermeiro (a) 4. Outros 9. Sem informação</p>	<input type="checkbox"/>
<p>107. Qual a ultima dilatação registrada no prontuário/ partograma?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> cm
<p>107.1Horário do registro de dilatação total: (partograma ou prontuário)</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> min
<p>108. Realização de episiotomia:</p> <p>0. Não1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>109. Ocorrência de laceração vaginal/perineal</p> <p>0. Não 1. 1º grau 2. 2º grau 3. 3º grau 4. 4º grau 5. Sim, sem especificação</p>	<input type="checkbox"/>

<p>110. Registro de sutura vaginal/perineal ou episiorrafia:</p>	<p>0. Não 1. Sim 9. Sem informação</p> <p>_____</p>
<p>111. Recebeu anestesia para fazer a sutura?</p>	<p>0. Não 1. Sim 9. Sem informação</p> <p>_____</p>
<p>112. Houve registro de distocia de ombro?</p>	<p>0. Não 1. Sim</p> <p>1° bebê _____ 2° bebê _____</p>
<p>113. Houve prolapso de cordão?</p>	<p>0. Não 1. Sim</p> <p>1° bebê _____ 2° bebê _____</p>

7. Indicação da cesariana

114. Informações do obstetra:

(Ver folha ou relato da cirurgia. Registrar na mesma ordem da folha de descrição cirúrgica)

1. Cesariana a pedido
2. Miomectomia / cirurgia uterina prévia
3. Cesariana anterior/Iteratividade
4. Laqueadura tubária
5. Circular de cordão
6. Apresentação pélvica (sentado)
7. Apresentação córmica (atravessado)
8. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)
9. Parada de Progressão
10. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)
11. Placenta prévia
12. Sofrimento fetal agudo
13. CIUR
14. Doppler alterado (diástole zero, reversa, centralização)
15. Amniorrexe prematura
16. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia
17. Eclâmpsia
18. Síndrome HELLP
19. Diabetes
20. Oligodramnia
21. Polidramnia
22. Gemelaridade
23. Prematuridade
24. > 41 semanas/ Pós-maturidade/Gravidez prolongada
25. Macrossomia
26. Falha de indução
27. Mal formação
28. Óbito fetal
29. Infecção pelo HIV
30. Intercorrências clínicas

1ª informação |___||___|

2ª informação |___||___|

3ª informação |___||___|

4ª informação |___||___|

<p>31. Sem informação no prontuário</p> <p>32. Outra (responda a 115)</p>	
<p>115. Qual? _____</p>	
<p>116. Tipo de anestesia:</p> <p style="text-align: right;"> 1. Peridural 2. Raqui 3. Peri+Raqui (combinado) 4. Geral </p>	<input type="checkbox"/>
<p>116.1 Prescrição/uso de antibiótico profilático:</p> <p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim 9. Sem informação </p>	<input type="checkbox"/>
<p>117. Complicações peroperatórias:</p> <p style="text-align: right;"> 0. Não houve 1. Lesão de bexiga 2. Lesão de ureter 3. Lesão do intestino 4. Outras(responda a 118) </p>	
<p>118. Quais? _____</p>	
<p>8. Dados sobre Pós-Parto</p>	
<p>119. Prescrição/uso de Imunoglobulina anti – RH para incompatibilidade RH?</p> <p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim </p>	<input type="checkbox"/>
<p>120. Prescrição/uso de ocitocina profilática pós-parto imediato?</p> <p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim </p>	<input type="checkbox"/>

<p>121. Houve hemorragia pós-parto?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 123) 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>122. Houve hemorragia pós-parto grave?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>123. Houve diagnóstico de atonia/hipotonia uterina?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>124. Prescrição/uso de algum tratamento com uterotônico? (permite mais de uma opção)</p> <p style="text-align: right;">0. Não <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">1. Ocitocina <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">2. Methergin <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">3. Misoprosotol <input type="checkbox"/></p>	
<p>125. Houve diagnóstico de placenta retida?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>126. Houve diagnóstico de acretismo placentário?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>127. Rotura uterina?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>128. Transfusão sanguínea?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 130) <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">1. Sim, antes do parto <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">2. Sim, depois do parto <input type="checkbox"/></p>	
<p>129. Quantidades de bolsa de sangue</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>130. Radiologia intervencionista para tratamento de hemorragia pós parto?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>

<p>131. Houve diagnóstico de endometrite pós-parto?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	_
<p>132. Infecção de ferida operatória ou perineal?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	_
<p>133. Sepsis ou infecção sistêmica grave?</p> <p style="text-align: center;">0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto</p>	_
<p>134. Prescrição/uso de antibióticos? (No caso de cesariana, não considerar antibiótico profilático)</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 137) 1. Sim</p>	_
<p>135. Quanto tempo de antibiótico em dias?</p>	_ _
<p>136. Quais antibióticos? _____</p>	
<p>137. Retorno à sala cirúrgica (curetagem, extração de placenta, drenagem de hematomas, sangramento abdominal)?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	_
<p>138. Laparotomia pós-parto?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	_
<p>139. Hipertensão grave pós-parto?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	_
<p>140. Pré-eclâmpsia grave?</p> <p style="text-align: center;">0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto</p>	_

<p>141. Eclampsia?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto</p>	_
<p>142. Síndrome HELLP?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	_
<p>143. Prescrição/uso de sulfato de magnésio?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, após o parto 3. Sim, antes e depois do parto</p>	_
<p>144. Internação ou transferência para UTI?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto</p>	_
Apresentou alguma das seguintes alterações clínicas, em algum momento da internação:	
<p>145. Cianose aguda</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto</p>	_
<p>146. Respiração agônica (gasping)</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto</p>	_

<p>147. Frequência respiratória (FR) > 40 ou < 6 ipm</p>	<p>0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto</p> <p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>148. Choquenão responsivo a reposição volêmica</p>	<p>0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto</p> <p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>149. Oligúria não responsiva à hidratação e medicamentos</p>	<p>0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto</p> <p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>150. Distúrbio de coagulação</p>	<p>0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto</p> <p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>151. Icterícia na presença de pré-eclâmpsia</p>	<p>0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto</p> <p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>152. Convulsões reentrantes/paralisia total</p>	<p>0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto</p> <p style="text-align: right;"> _ </p>

<p>153. AVC</p>	<p style="text-align: right;">0. Não</p> <p style="text-align: right;">1. Sim, antes do parto</p> <p style="text-align: right;">2. Sim, depois do parto</p> <p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>154. Perda da consciência maior que 12 horas</p>	<p style="text-align: right;">0. Não</p> <p style="text-align: right;">1. Sim, antes do parto</p> <p style="text-align: right;">2. Sim, depois do parto</p> <p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>155. Perda da consciência associada à ausência de pulso</p>	<p style="text-align: right;">0. Não</p> <p style="text-align: right;">1. Sim, antes do parto</p> <p style="text-align: right;">2. Sim, depois do parto</p> <p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>Apresentou alguma das seguintes alterações laboratoriais, em algum momento da internação:</p>	
<p>156. Saturação de O₂ < 90% por mais de 60 minutos</p>	<p style="text-align: right;">0. Não</p> <p style="text-align: right;">1. Sim, antes do parto</p> <p style="text-align: right;">2. Sim, depois do parto</p> <p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>157. PaO₂/FiO₂ < 200 mmHg</p>	<p style="text-align: right;">0. Não</p> <p style="text-align: right;">1. Sim, antes do parto</p> <p style="text-align: right;">2. Sim, depois do parto</p> <p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>158. Creatinina ≥ 3,5 mg/dl</p>	<p style="text-align: right;">0. Não</p> <p style="text-align: right;">1. Sim, antes do parto</p> <p style="text-align: right;">2. Sim, depois do parto</p> <p style="text-align: right;"> _ </p>

<p>159. Bilirrubina > 6 mg/dl</p>	<p>0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto</p> <p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>160. pH < 7,1</p>	<p>0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto</p> <p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>161. Lactato/ Ácido láctico > 5</p>	<p>0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto</p> <p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>162. Trombocitopenia aguda (plaquetas < 50.000)</p>	<p>0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto</p> <p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>163. Perda de consciência associada à presença de glicose e cetoácidos na urina</p>	<p>0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto</p> <p style="text-align: right;"> _ </p>

Realizou algum dos seguintes tratamentos, em algum momento da internação:	
164. Uso contínuo de drogas vasoativas (dopamina, dobutamina, adrenalina)	<p style="text-align: right;">0. Não</p> <p style="text-align: right;">1. Sim, antes do parto</p> <p style="text-align: right;">2. Sim, depois do parto</p>
165. Histerectomia pós-infecção ou hemorragia	<p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>
166. Transfusão ≥ 5 unidades de hemácias	<p style="text-align: right;">0. Não</p> <p style="text-align: right;">1. Sim, antes do parto</p> <p style="text-align: right;">2. Sim, depois do parto</p>
167. Diálise por insuficiência renal aguda	<p style="text-align: right;">0. Não</p> <p style="text-align: right;">1. Sim, antes do parto</p> <p style="text-align: right;">2. Sim, depois do parto</p>
168. Intubação e ventilação mecânica ≥ 60 minutos não relacionada à anestesia	<p style="text-align: right;">0. Não</p> <p style="text-align: right;">1. Sim, antes do parto</p> <p style="text-align: right;">2. Sim, depois do parto</p>
169. Ressuscitação cardiopulmonar	<p style="text-align: right;">0. Não</p> <p style="text-align: right;">1. Sim, antes do parto</p> <p style="text-align: right;">2. Sim, depois do parto</p>

Atenção entrevistador! No caso de natimorto responder só as questões 172, 173, 174,175,176,177,178,179,180,181, 216. 217.218,219,251,253 e 255

9. Dados do recém-nato – 1ª parte	
170. N° do prontuário do recém-nato: (completar com 8 caso não tenha sido internado)	
_____ _____ _____ _____ _____	
171. Número da Declaração de Nascido Vivo: (completar com 9 caso não tenha a DN no prontuário)	
1ª _____ _____ _____ _____ _____	
2ª _____ _____ _____ _____ _____	
172. Sexo:	1. Masculino 2. Feminino 3. Indefinido
	1ª _____ 2ª _____
173. Peso ao nascer (em gramas):	1ª _____ _____ _____ g 2ª _____ _____ _____ g
174. Comprimento ao nascer (centímetros):	1ª _____ cm 2ª _____ cm
175. Perímetro cefálico ao nascer:	1ª _____ cm 2ª _____ cm
176. Idade gestacional pela DUM:	_____ semanas 177. _____ dias
178. Idade gestacional pela USG:	_____ semanas 179. _____ dias

178.1. Idade gestacional por Capurro ou Ballard	_ _ semanas 178.2 _ _ dias
180. Idade gestacional sem referência ao método:	_ _ semanas 181. _ _ dias
182. Índice de Apgar no 1º. Minuto	1ª _ _ _ 2ª _ _ _
183. Índice de Apgar no 5º. Minuto	1ª _ _ _ 2ª _ _ _
10. Dados do recém-nato – 2ª parte	
Manobras de reanimação na sala de parto	
184. O ₂ inalatório	0. Não 1. Sim 1ª _ _ 2ª _ _
185. Ventilação com ambú + máscara	0. Não 1. Sim 1ª _ _ 2ª _ _
186. Entubação oro-traqueal	0. Não 1. Sim 1ª _ _ 2ª _ _
187. Massagem cardíaca	0. Não 1. Sim 1ª _ _ 2ª _ _
188. Drogas (adrenalina)	0. Não 1. Sim 1ª _ _ 2ª _ _
189. Outros	0. Não 1. Sim (responda a 190) 1ª _ _ 2ª _ _

190. Qual?		
191. Aspiração de vias aéreas superiores	0. Não 1. Sim	1ª __ 2ª __
192. Aspiração gástrica	0. Não 1. Sim	1ª __ 2ª __
193. Vitamina K (Kanakion)	0. Não 1. Sim	1ª __ 2ª __
194. Credé (colírio de nitrato de prata)	0. Não 1. Sim	1ª __ 2ª __
195. Vacina contra hepatite B	0. Não 1. Sim	1ª __ 2ª __
196. Foi para incubadora, berçário ou berço aquecido após a sala de parto	0. Não 1. Sim	1ª __ 2ª __
197. Internação em UI:	0. Não 1. Sim	1ª __ 2ª __
198. Internação em UTI neonatal:	0. Não 1. Sim	1ª __ 2ª __
199. Precisou ser transferido para UTI neonatal em outro hospital?	0. Não 1. Sim	1ª __ 2ª __
Utilização de oxigênio após o nascimento: _____		
200. Hood ou circulante	0. Não 1. Sim	1ª __ 2ª __

201. CPAP <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª <input type="checkbox"/></p> <p>2ª <input type="checkbox"/></p>
202. Ventilação mecânica <p style="text-align: right;">0.Não 1. Sim 1.</p>	<p>1ª <input type="checkbox"/></p> <p>2ª <input type="checkbox"/></p>
203. Com 28 dias de vida estava em oxigenioterapia (qualquer tipo): <p style="text-align: center;">0. Não 1. Sim 8. Não estava mais internado</p>	<p>1ª <input type="checkbox"/></p> <p>2ª <input type="checkbox"/></p>
204. Se bebê nasceu prematuro, com 36 semanas de idade gestacional corrigida ainda estava em oxigenioterapia (de qualquer tipo). <p style="text-align: right;">1. Não 2. Sim 3. RN nasceu a termo 4. Ainda não atingiu 36 semanas 5. Não estava mais internado</p>	<p>1ª <input type="checkbox"/></p> <p>2ª <input type="checkbox"/></p>
205. Utilização de surfactante: <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª <input type="checkbox"/></p> <p>2ª <input type="checkbox"/></p>
206. Realizado protocolo de hipotermia <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª <input type="checkbox"/></p> <p>2ª <input type="checkbox"/></p>
207. Registro de hipoglicemia (glicemia menor do que 40) nas primeiras 48h de nascido: <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª <input type="checkbox"/></p> <p>2ª <input type="checkbox"/></p>
208. Valor mínimo de glicemia nas primeiras 48 horas	<p style="text-align: center;"><input type="text"/></p>

<p>209. Uso de antibiótico</p> <p style="text-align: right;">1. Não usou</p> <p>2. Sim, Início até 48h de vida (Sepse precoce)</p> <p>3. Sim, Início após 48h de vida (Sepse tardia)</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>210. Quanto tempo de antibiótico em dias?</p>	<p>1ª __ __ </p> <p>2ª __ __ </p>
<p>211. Quais antibióticos? _____</p>	
<p>211a. Quais antibióticos _____</p>	
<p>212. Fez hemocultura?</p> <p style="text-align: right;">0. Não</p> <p style="text-align: right;">1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>213. Quantas?</p>	<p>1ª __ __ </p> <p>2ª __ __ </p>
<p>214. Fototerapia nas primeiras 72h de vida:</p> <p style="text-align: right;">0. Não</p> <p style="text-align: right;">1. Sim</p>	<p>1ª __ __ </p> <p>2ª __ __ </p>

<p>215. Nível máximo de bilirrubina nas primeiras 72h de vida:</p>	<p>1ª __ __ __ mg/dl 2ª __ __ __ mg/dl</p>
<p>216. Tipo sanguíneo do RN:</p> <p style="text-align: right;"> 1. A 2. B 3. 0 4. AB 9. Sem registro </p>	<p>1ª __ 2ª __ </p>
<p>217. Fator RH do RN:</p> <p style="text-align: right;"> 0. Negativo 1. Positivo 9. Sem registro </p>	<p>1ª __ __ 2ª __ __ </p>
<p>218. Tipo sanguíneo da mãe:</p> <p style="text-align: right;"> 1. A 2. B 3. 0 4. AB 9. Sem registro </p>	<p> __ </p>
<p>219. Fator RH da mãe:</p> <p style="text-align: right;"> 0. Negativo 1. Positivo 9. Sem registro </p>	<p> __ __ </p>
<p>220. Apresentou malformação congênita?</p> <p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim (responda a 221) </p>	<p>1ª __ 2ª __ </p>

221. Qual? _____

221a .Qual? _____

222. Foi submetida a alguma cirurgia durante a internação?

0. Não

1ª |__|

1. Sim (responda a 223 ou 223 a)

2ª |__|

223. Qual? _____

223a. Qual? _____

Outros diagnósticos durante a internação:

224. Taquipnéia transitória

0. Não 1. Sim

1ª |__|

2ª |__|

<p>225. Doença da membrana hialina</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>226. Síndrome de aspiração meconial</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>227. Hipertensão pulmonar</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>228. Convulsão</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>229. Enterocolite necrotizante</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>230. Toxoplasmose congênita</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>231. Rubéola congênita</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>232. Herpes neonatal</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>

<p>233. Citomegalovírus congênito</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>234. Sífilis congênita</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>235. Criança exposta ao HIV</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>236. Zica congênita</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>236.1 Outros diagnósticos</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>236.2 Qual?</p>	
<p>237. Alguma lesão corpórea devido ao parto?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 242)</p> <p style="text-align: right;">1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>

<p>238. Marca de fórceps ou vácuo:</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>239. Fraturas (clavícula, fêmur, úmero ou outras):</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>240. Outras lesões:</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim(responda a 241 ou 241a)</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>241. Quais? _____</p>	
<p>241a. Quais? _____</p>	
<p>242. Uso de aleitamento materno exclusivo:</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1.Sim (vá para 244)</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>243. Outros alimentos que recebeu durante a internação (<i>Permite mais de 1 opção</i>)</p> <p style="text-align: right;">1. Água 2. Soro glicosado/ Glicose via oral (chuca com açúcar) 3. Leite humano ordenhado 4. Leite artificial 5. Nutrição Parenteral (NPT)</p>	<p>1ª __ __ __ </p> <p>2ª __ __ __ </p>
<p>244. Tipo de saída do hospital onde ocorreu o nascimento:</p> <p style="text-align: right;">0. Continua internado aos 28 dias de vida (vá para 254) 1. Alta 2. Óbito 3. Transferência para outro hospital (vá para questão 246)</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>245. Data da saída/óbito:</p> <p style="text-align: center;">(Se óbito, vá para 251; se alta, vá para 254)</p>	<p>1ª __ _ _ _ / _ _ _ _ </p> <p>2ª __ _ _ _ / _ _ _ _ </p>

246. Hospital para onde foi transferido (nome, cidade, estado):

247. Motivo da transferência:

248. Data da transferência:

1ª |__| |__| |__| |__| |

2ª |__| |__| |__| |__| |

249. Tipo de saída do hospital para onde foi transferido:

0. Continua internado aos 28 dias de vida (**vá para 254**)

1. Alta

2. Óbito

1ª |__|

2ª |__|

250. Data da saída/óbito do hospital para onde foi transferido: (**sealta vá para a questão 254**)

1ª |__| |__| |__| |__| |

2ª |__| |__| |__| |__| |

251. Causas de óbito registradas no prontuário: (*Permite mais de 1 opção*)

1. Prematuridade extrema (< 1000g)

2. Infecção

3. Sífilis congênita

4. Malformação congênita

5. Problemas respiratórios (DMH, pneumotórax, aspiração de mecônio, pneumonia, hipertensão pulmonar)

6. Outros (**responda a 252 ou 252a**)

1ª |__||__||__|

2ª |__||__||__|

252. Qual _____	
252a. Qual _____	
253. Número da declaração de óbito	
	1ª __ __ __ __ __ __
	2ª __ __ __ __ __ __
254. Peso do bebê na alta hospitalar, óbito ou aos 28 dias de nascido, se ainda internado. (em gramas)	1ª __ __ __ g 2ª __ __ __ g
255. Observações: _____ _____ _____ _____ _____ _____	