

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CAROLINE ANDRÉ SILVA

**O consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas na gestação: repercussões sobre a
saúde do recém-nascido**

PORTO ALEGRE

2014

CAROLINE ANDRÉ SILVA

**O consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas na gestação: repercussões sobre a
saúde do recém-nascido**

Trabalho de Conclusão de Curso como
requisito para obtenção do grau de
Bacharel em Enfermagem pela
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Helga Geremias
Gouveia

PORTO ALEGRE

2014

RESUMO

Esse estudo teve por objetivo caracterizar as mães que fizeram uso de drogas lícitas e/ou ilícitas na gestação, o tipo de droga e seu uso, e as repercussões nos seus recém-nascidos. Este estudo se deriva do projeto “*Fatores associados à realização de cesariana em Hospital Universitário*”. Trata-se de um estudo quantitativo de corte transversal. A amostra inicial foi de 361 puérperas, sendo que para este estudo específico foram analisadas 135 puérperas, que fizeram uso de drogas na gestação. Os dados foram coletados em prontuários eletrônico e físico, carteira pré-natal e questionário estruturado. Foi realizada a análise descritiva dos dados. Foi constatado que 37,4% das mulheres usaram drogas durante a gestação. Em apenas 48,1% o registro do uso de drogas na carteira pré-natal coincidiu com o referido pela puérpera no questionário. Eram 87,4% adultas, 25,2% com ensino médio completo, 36,7% com renda abaixo de um salário mínimo, 70,4% multigestas e 49,6% tiveram aborto prévio. O uso de álcool e de tabaco foi igualmente de 64,6%; apenas sete mulheres referiram terem feito de drogas ilícitas. A maioria das usuárias de álcool e de drogas ilícitas fizeram o uso apenas no primeiro trimestre, enquanto a maioria das usuárias de tabaco fizeram uso durante toda a gestação. Grande parte dos recém-nascidos nasceram dentro dos padrões de normalidade, porém notou-se uma taxa de 13,2% de recém-nascidos com Apgar abaixo de 7 no primeiro minuto de vida. Este estudo mostrou-se relevante para conhecermos as mulheres usuárias de drogas e seus recém-nascidos.

Descritores: Drogas de Abuso. Drogas Ilícitas. Álcool. Tabagismo. Gestação.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	OBJETIVOS	6
2.1	Objetivo geral	6
2.2	Objetivos específicos	6
3	REVISÃO DA LITERATURA	7
4	METODOLOGIA	12
4.1	Tipo de estudo	12
4.2	Contexto do estudo	12
4.3	População e amostra	12
4.4	Seleção de participantes	13
4.5	Coleta de dados	13
4.6	Variáveis do estudo	14
4.7	Análise dos dados	15
4.8	Aspectos éticos	15
5	RESULTADOS	17
6	DISCUSSÃO	26
7	CONCLUSÃO.....	31
	REFERÊNCIAS	33
	ANEXOS	38
	APÊNDICE	92

1 INTRODUÇÃO

O uso de drogas na gestação está mundialmente crescendo, porém ainda é um problema de saúde pública pouco discutido. O uso de drogas por si só já é alarmante, mas o uso de drogas na gestação pode ser mais devastador, visto que resulta em consequências – irreversíveis, em alguns casos – ao binômio mãe-bebê. (YAMAGUCHI et al., 2008).

Na mãe, sabe-se que as fumantes, por exemplo, têm menor produção de leite. Além disso, o uso do cigarro está associado com problemas de reprodução, podendo causar placenta prévia, descolamento prematuro de placenta e ruptura prematura de membranas (BRASIL, 2012a).

As repercussões no recém-nascido variam desde manifestações clínicas leves até às severas. O uso de drogas durante a gestação pode comprometer não apenas temporariamente a saúde do bebê, mas também pode resultar em problemas de saúde a longo prazo. Os sinais e sintomas que o bebê apresenta dependem do tipo de droga e da quantidade em que ela foi usada na gestação (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

A partir desses dados, este estudo propõe-se a identificar quais os tipos de drogas utilizados pelas gestantes atendidas no serviço da Unidade de Centro Obstétrico de um Hospital Universitário de Porto Alegre, e as repercussões na saúde do recém-nascido.

A relevância desse estudo é baseada na escassa produção científica sobre esse assunto. Existem poucos estudos epidemiológicos que correlacionem o uso de drogas com a gestação, mesmo sendo um problema que vem crescendo e agravando-se cada vez mais (YAMAGUCHI et al., 2008). Faz-se necessário conhecermos as características dessas mulheres, o tipo de droga consumida e sua repercussão nos bebês para que seja possível delinear o planejamento de ações de promoção da saúde ou, até mesmo, em casos mais graves, para a redução dos danos para a mãe e o bebê. Para a enfermagem, essas informações serão norteadoras para o plano de cuidados que deverão ser prestados a esses clientes.

Meu principal motivo pela escolha do tema é por, diariamente, encontrar situações de uso de drogas durante a gestação em uma Unidade de Neonatologia de um hospital no qual realizo Estágio Curricular. Pessoalmente, acredito ser

importante o aprofundamento sobre essa temática para me proporcionar maior conhecimento acerca do uso das drogas e suas consequências para o recém-nascido. Outro fator que me instigou a estudar este assunto é o fato de gostar de obstetrícia, aliado à vontade de pesquisar algo pouco explorado (YAMAGUCHI et al., 2008) e que seja de extrema relevância para a enfermagem obstétrica e, conseqüentemente, a neonatal.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Conhecer as características das mulheres que fizeram uso de drogas lícitas e/ou ilícitas na gestação.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar a prevalência de mulheres que fizeram uso de drogas lícitas e/ou ilícitas na gestação.
- Caracterizar as mulheres que fizeram uso de drogas lícitas e/ou ilícitas na gestação quanto à idade, escolaridade, renda familiar e história obstétrica.
- Identificar a frequência do consumo e o tipo de droga lícita e/ou ilícita utilizada na gestação atual segundo as informações da carteira pré-natal e informações fornecidas pelas mulheres.
- Especificar o consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas segundo as informações fornecidas pela puérpera.
- Conhecer as condições dos recém-nascidos das mulheres que fizeram uso de drogas lícitas e/ou ilícitas na gestação.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Para falarmos de drogas é necessário termos um parâmetro da realidade brasileira no que tange ao consumo delas. No ano de 2009 foi publicado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas o Relatório Brasileiro sobre Drogas, que reúne todos os dados epidemiológicos com relação ao uso das drogas no território brasileiro e regiões, utilizando a base de dados do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Nos anos de 2001 e 2005, 108 cidades passaram por um censo, sendo os sujeitos participantes pessoas de 12 a 65 anos (BRASIL, 2009).

Segundo os dados apresentados pelo estudo referido (BRASIL, 2009), o álcool e o tabaco foram as drogas mais prevalentes, tendo as taxas de consumo de 68,7% e 41,1%, respectivamente, em todo território brasileiro. Com exceção do álcool e do tabaco, as drogas com maior uso na vida foram: maconha (6,9%), solventes (5,8%), benzodiazepínicos (5,6%), orexígenos (4,3%) e estimulantes (3,2%). De 2001 para 2005, houve um aumento no uso de tabaco, maconha, solventes, benzodiazepínicos, cocaína, estimulantes, barbitúricos, esteroides, alucinógenos e *crack*. Houve diminuição no uso de orexígenos, xaropes, opiáceos e anticolinérgicos (BRASIL, 2009).

Há diferenças entre homens e mulheres quanto ao tipo de droga usada. Enquanto a maioria dos homens faz uso de maconha, solventes, cocaína, alucinógenos, *crack*, merla e esteroides, as mulheres fizeram mais uso de estimulantes, benzodiazepínicos, orexígenos e opiáceos. O estudo associa a menor prevalência de mulheres que fazem uso de drogas à maior percepção de risco grave do uso de drogas por esse gênero (BRASIL, 2009).

A região sul apresentou um consumo total de drogas de 14,8%, não tendo diferenças estatisticamente significativas em relação ao quadro nacional sobre os tipos de drogas mais usadas (BRASIL, 2009).

Entre as mulheres da região sul, no seu maior período de reprodução, entre 18 e 24 anos, 74,4% já fizeram uso de álcool e 7,7% são dependentes. Já quanto ao tabaco, 44,9% já fizeram o uso e 10,3% são dependentes (BRASIL, 2009). Apesar deste estudo ser bastante abrangente, ele não apresenta dados que relacionem o uso de drogas com a gestação.

As drogas são classificadas em lícitas e ilícitas, conforme previsto na Lei nº 11.343. As drogas lícitas são aquelas que têm sua produção, comercialização e consumo permitidos, sendo elas o álcool, o tabaco e as medicações. As drogas ilícitas são as drogas que têm sua produção, comercialização e consumo proibidos. São muitas as drogas que entram neste último grupo, sendo algumas delas a maconha, a cocaína (e o *crack*), a heroína, as anfetaminas, entre outras (BRASIL, 2006).

Além de conhecermos os índices epidemiológicos do uso das drogas no Brasil, precisamos entender quais repercussões atingem o binômio mãe-bebê.

O álcool, uma das drogas mais utilizadas pelas mulheres no Brasil, atravessa rapidamente a barreira placentária e pode estar presente no leite materno. As consequências do uso de álcool para o feto e recém-nascido são importantes, visto que esse fígado imaturo tem dificuldade de metabolizar e excretar o álcool (BRASIL, 2012a).

A quantidade de álcool suficiente para causar complicações fetais não está estabelecida, porém sabe-se que recém-nascidos (RN's) de etilistas pesadas apresentam duas vezes mais chances de desenvolverem anomalias congênitas em relação aos RN's de consumidoras moderadas. Quando a ingestão materna de álcool ocorreu próximo ao parto, há mais chances do RN apresentar sinais de abstinência (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) consiste em manifestações clínicas de restrição de crescimento intrauterino (RCIU) e extrauterino, disfunções no sistema nervoso central (SNC) e características craniofaciais como microcefalia, microftalmia, achatamento da região média da face, entre outros. Alguns sinais da SAF são o nervosismo, o aumento das respostas reflexas e tônus e a irritabilidade. Os problemas neurológicos incluem déficit de quociente de inteligência (QI), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), redução da capacidade motora fina, deficiência na fala, falta de inibição, falta de ansiedade em relação a estranhos e a falta de capacidade de julgamento adequado (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

Como não há estudos comprovando a dose segura de consumo de álcool, por questões éticas, deve-se recomendar à gestante que não haja consumo, de qualquer quantidade, durante a gestação. Alguns estudos mostram que mesmo o consumo em quantidades pequenas podem causar problemas mentais nos bebês,

que geralmente manifestam-se mais intensos em meninas do que em meninos (BRASIL, 2012a).

Os narcóticos, por terem baixo peso molecular, têm facilidade em atravessar a barreira placentária e atingir a circulação fetal (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

A Síndrome da Abstinência Neonatal (SAN) refere-se a um grupo de sinais e sintomas apresentados pelo recém-nascido cuja mãe fez o uso de qualquer substância psicoativa na gestação. As manifestações clínicas são diversas, incluindo mudança transitória de comportamento e alteração no movimento respiratório fetal. As complicações irreversíveis que podem ocorrer são a morte fetal, restrição do crescimento intra-uterino (RCIU), mal-formações estruturais ou retardo mental (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

É difícil definir quais drogas causam tais complicações ao recém-nascido pelo fato de que, geralmente, a mãe que é dependente de drogas faz o uso de mais de um tipo de droga, com variações na concentração, pureza e tipos de aditivos encontrados nas drogas. Alguns outros fatores da condição materna também podem atuar como agravante da saúde fetal e neonatal; são eles: pobreza, desnutrição e algumas comorbidades, como as doenças sexualmente transmissíveis (DST's) (BRASIL, 2012a).

As manifestações clínicas nos RN's ocorrem com maior intensidade, geralmente, entre as 48 e 72 horas de vida e podem prolongar-se até a 6ª e 8ª semanas de vida. A maioria das manifestações são vagas, podendo facilmente ser confundidas com sinais não específicos de abstinência, o que dificulta na escolha do tratamento adequado (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

Apesar de sugarem as mãos, esses recém-nascidos se alimentam mal, pois os reflexos de sucção e deglutição estão débeis. Com a retirada da substância, esses RN's podem apresentar hipocalcemia, hipoglicemia e sepse. Outros sinais importantes são a diarreia, taquicardia, febre, vômito em jato, choro, obstrução nasal e sudorese (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

São sinais característicos da SAN:

- neurológicos: irritabilidade, convulsões, hiperatividade, choro agudo, tremores, exagerado Reflexo de Moro e hipertonia muscular;
- gastrointestinais: dificuldade para se alimentar, diarreia, desidratação, vômitos, agitação e sucção incoordenada, resíduos gástricos;
- autônomos: diaforese, febre, pele mosqueada e congestão nasal;

- outros: padrões de sono desorganizados, taquipneia, escoriações e temperatura instável (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

A cocaína pode ser utilizada de várias maneiras diferentes, o *crack* é uma delas. O uso do *crack* vem aumentando consideravelmente na população e, inclusive, nas mulheres em idade fértil. Esse aumento do uso pode estar associado ao baixo custo da droga e à fácil administração dela. É uma droga muito volátil, sendo absorvido em grandes quantidades quando fumado e atravessando facilmente a placenta (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

Os efeitos no feto são secundários aos efeitos maternos: aumento da pressão arterial, redução do fluxo sanguíneo uterino e aumento da resistência vascular. A redução do fluxo sanguíneo pela vasoconstrição placentária causa queda de oxigenação fetal. As principais complicações do uso de cocaína no feto são:

- depressão neurocomportamental: letargia, dificuldade de sucção, hipotonia, choro fraco e dificuldade de acordar;

- excitabilidade neurocomportamental: choro agudo, hipertonia, rigidez e irritabilidade (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

Esses sinais podem ser tardios, ocorrendo entre a 2^a a 8^a semana de vida (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

Há controvérsias entre os estudos no que se refere a baixo peso ao nascer, baixa estatura, diminuição da circunferência da cabeça e alterações neurocomportamentais. Enquanto alguns estudos afirmam essas serem consequências do uso da cocaína, outros contrapõem que as consequências estão mais associadas ao estilo de vida materna do que ao uso da droga em si. Outros problemas encontrados pelo uso da cocaína foram o trabalho de parto prematuro e a rotura prematura de membranas (BRASIL, 2012a).

O uso de maconha na gestação está relacionado com maiores chances de ocorrer parto prematuro e RCIU, visto que a maconha atravessa facilmente a barreira placentária. Alguns pesquisadores também encontraram maior incidência de líquido tinto de mecônio (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

As condutas da equipe multiprofissional que acompanham a gestante usuária de substâncias psicoativas devem ser escolhidas de maneira a respeitar os aspectos psicológicos, sociais e legais. Deve haver um grande preparo desses profissionais para lidarem com essas mulheres, por ser uma situação especialmente complexa. Este preparo também é necessário para que se amenize a culpa sentida pela

gestante, que tem forte influência de uma sociedade que também a julga, o que faz com que essas mulheres procurem pouco os serviços de saúde. Além de geralmente não fazerem o acompanhamento pré-natal, quando o fazem, as gestantes não verbalizam sua real situação com a dependência das drogas. Esses sentimentos e preconceitos atrelados ao uso de drogas na gestação é prejudicial para que se tenha real dimensionamento do problema e para que sejam adotadas medidas de prevenção, promoção da saúde e diminuição dos danos (BRASIL, 2012a).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Este estudo é um subprojeto da pesquisa denominada “*Fatores associados à realização de cesariana em Hospital Universitário*”, que tem por objetivo analisar os fatores associados à realização de cesariana em um hospital universitário da cidade de Porto Alegre/RS.

Trata-se de um estudo quantitativo de corte transversal. O estudo transversal, também denominado seccional, corresponde a uma estratégia de estudo que se caracteriza pela observação direta de um número planejado de indivíduos em uma única oportunidade (KLEIN; BLOCH, 2009).

4.2 Contexto do estudo

A pesquisa da qual este estudo faz parte foi desenvolvida no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), na Unidade de Internação Obstétrica, localizada no 11º andar, ala sul.

O HCPA é uma Empresa Pública de Direito Privado, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2013).

4.3 População e amostra

Para o cálculo do tamanho amostral do estudo principal foi considerado o número total de partos no HCPA no ano de 2011 (3714 partos¹). Com uma margem de erro absoluta de 5% e nível de confiança de 95%, foram necessárias no mínimo 359 puérperas a serem entrevistadas para compor a amostra², porém foram entrevistadas ao total 361 puérperas. O *Software* utilizado foi o *Win Pepi*.

Neste estudo a amostra foi composta por mulheres que fizeram uso de drogas lícitas e/ou ilícitas na gestação atual.

4.4 Seleção de participantes

Critérios de inclusão: foram incluídas na amostra do projeto a qual esse se deriva mulheres cujo parto foi realizado no Centro Obstétrico na referida instituição, seja parto vaginal ou cesárea (eletivas ou de urgência).

Critérios de exclusão: foram excluídas as que não aceitaram participar do estudo, as que não tiveram condições psicológicas de responder as questões, os casos de óbito fetal, fetos com peso inferior a 500 gramas e/ou com idade gestacional inferior a 22 semanas.

Especificamente para este estudo, foram incluídas na amostra mulheres que fizeram uso de drogas lícitas ou ilícitas na gestação atual, segundo informação da carteira pré-natal e/ou relatada pela mulher.

4.5 Coleta de dados

Os dados primários foram obtidos por meio da Planilha de Ocorrências da Área Restrita da Unidade de Centro Obstétrico, de registros do prontuário físico e eletrônico materno e do neonato, da carteira pré-natal e da entrevista semi-estruturada (ANEXO A) no período de fevereiro a abril de 2013.

¹ Dados fornecidos pelo Serviço de Enfermagem Materno-Infantil do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

² Cálculo amostral realizado pela assessoria estatística do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA.

As entrevistas foram realizadas diariamente, na Unidade de Internação Obstétrica, após as primeiras 12 horas pós-parto, com todas as puérperas que contemplaram os critérios de inclusão definidos para esse estudo. Os dados obtidos no prontuário da mulher e do recém-nascido foram coletados quando efetivada alta hospitalar de ambos.

As informações de interesse para este estudo foram obtidas junto ao banco de dados do projeto de pesquisa “*Fatores associados à realização de cesariana em um hospital universitário*”. Foram utilizados os dados referentes a caracterização da amostra, a história obstétrica, os hábitos na gestação e as informações das condições de nascimento do RN.

4.6 Variáveis do estudo

Drogas lícitas: são as drogas que têm sua produção, comercialização e consumo legalmente permitidos (BRASIL, 2006). Serão considerados para análise o consumo de bebida alcoólica e o tabagismo.

Drogas ilícitas: são as drogas que têm sua produção, comercialização e consumo legalmente proibidos (BRASIL, 2006).

Idade: em anos completos no momento da entrevista.

Escolaridade: em anos de estudo.

Renda familiar: é o menor salário que a empresa pode pagar para um funcionário. Será considerado o salário mínimo de R\$ 622,00 (BRASIL, 2011).

História Obstétrica: serão consideradas as seguintes variáveis:

- número de gestações: número de vezes que a mulher ficou grávida, incluindo a última gestação;
- paridade: número de filhos nascidos vivos ou mortos independente do tipo de parto;
- abortamento: morte ou expulsão ovular antes da 22ª semana de gestação, ou do produto de concepção com menos de 500 gramas de peso (BRASIL, 2005).

Condições de nascimento do recém-nascido: serão consideradas as seguintes variáveis:

- idade gestacional pelo método de Capurro: sistema de avaliação da idade gestacional do recém-nascido baseado em critérios fisiológicos e neurológicos (CAPURRO et al., 1978);

- classificação: relacionada à associação do peso à idade gestacional. Pode ser classificado em: RN grande para idade gestacional – GIG (peso acima do percentil 90); RN adequado para idade gestacional - AIG (peso entre o percentil 10 e 90); RN pequeno para idade gestacional – PIG (peso abaixo do percentil 10) (BRASIL, 1994);

- Apgar: avaliação do ajuste imediato do recém-nascido à vida extrauterina. Baseia-se na observação da frequência cardíaca, do esforço respiratório, do tônus muscular, da irritabilidade reflexa e da cor da pele, realizada no primeiro e quinto minutos de vida (HOCKENBERRY; WILSON, 2011);

- malformação: formação deficiente de tecido (HOCKENBERRY; WILSON, 2011);

- intercorrências: alterações no estado clínico do recém-nascido e/ou doenças.

4.7 Análise dos dados

Foi realizada a análise descritiva dos dados através do *SPSS Statistics 19* e os resultados apresentados por meio de gráficos e tabelas.

4.8 Aspectos éticos

O projeto “*Fatores associados à realização de cesariana em um Hospital Universitário*” foi submetido e aprovado, metodologicamente, pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/ENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com o registro número 23998 (ANEXO B).

Por tratar-se de um projeto que envolve seres humanos, tal projeto foi submetido, para avaliação metodológica e ética, ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA, sendo aprovado com o registro número 120466 (ANEXO C).

Todas as mulheres que aceitaram o convite de participação na pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) em duas vias iguais, no qual constaram os objetivos da pesquisa, o tempo destinado de 15 minutos para responder ao questionário, bem como a não existência de risco conhecido à saúde física e mental das mesmas, visto que não foi utilizada nenhuma forma de intervenção, a não ser a aplicação de um questionário. Ressaltou-se que o estudo poderia causar constrangimento aos sujeitos de pesquisa quando da resposta às suas perguntas, bem como algum desconforto relacionado ao tempo destinado à entrevista.

Foi assegurada à participante a confidencialidade da informação prestada e de que o seu nome não será divulgado, além da possibilidade de desistir de participar sem prejuízos à sua assistência na instituição. Todos os instrumentos de coleta de dados ficarão arquivados por cinco anos, sob responsabilidade da pesquisadora coordenadora do estudo. No caso de menores de 18 anos, o TCLE também foi assinado por seu responsável.

A pesquisa respeitou os termos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere aos aspectos éticos (BRASIL, 2012b).

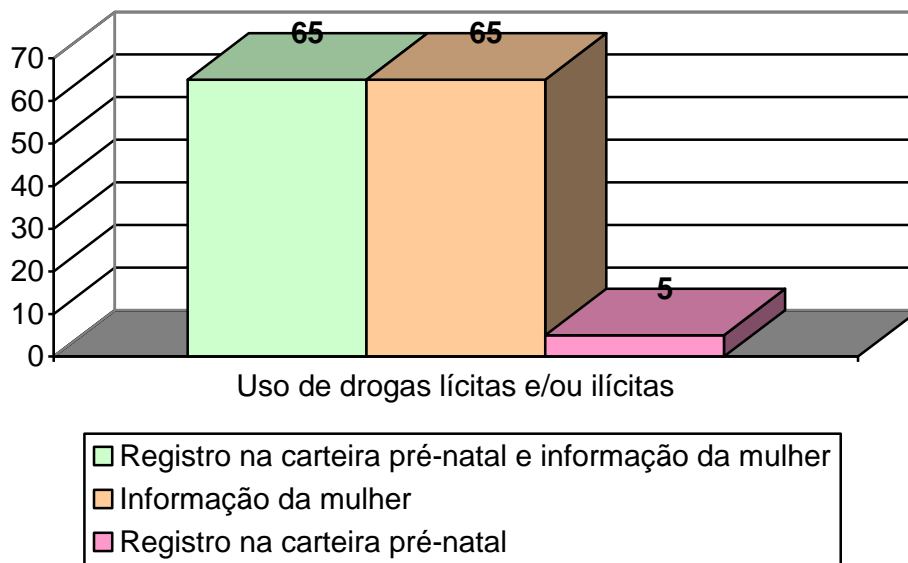
O presente projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pela COMPESQ/ENF com o registro número 26202 (ANEXO D).

5 RESULTADOS

A amostra do estudo a qual este se deriva foi composto por 361 mulheres, sendo que dessas, 135 fizeram uso de droga lícita e/ou ilícita segundo a anotação na carteira pré-natal e/ou informação fornecida pela própria mulher no momento da entrevista, representando 37,4% dos casos.

O Gráfico 1 mostra a distribuição dos casos segundo a fonte de informação e podemos constatar que o registro na carteira pré-natal e a informação da gestante relacionada ao uso de droga lícita e/ou ilícita coincidiram em apenas 65 casos (48,1%).

Gráfico 1. Distribuição das mulheres que fizeram uso de drogas lícitas e/ou ilícitas na gestação segundo a fonte de informação. Porto Alegre, 2014. (N=135)



Segundo os dados da Tabela 1, que apresenta a caracterização das mulheres, o uso de drogas na gestação ocorreu, com maior prevalência entre as mulheres adultas (maior que 19 anos), representando 87,4% dos casos. Quanto à escolaridade, verificamos uma menor prevalência de mulheres no ensino superior completo/incompleto; as demais escolaridades tiveram as frequências bem distribuídas, dando destaque para mulheres com ensino fundamental incompleto, com 31,9%. A renda familiar, em 36,7% dos casos não passou de um salário mínimo.

Tabela 1. Distribuição das mulheres que fizeram uso de drogas lícitas e/ou ilícitas na gestação quanto à idade, escolaridade e renda familiar. Porto Alegre, 2014. (N=135)

Variáveis	N	%
Faixa etária		
Adolescentes	17	12,6
Adultas	118	87,4
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	43	31,9
Ensino fundamental completo	26	19,2
Ensino médio incompleto	24	17,8
Ensino médio completo	34	25,2
Superior incompleto	06	4,4
Superior completo	02	1,5
Renda Familiar*		
Um salário mínimo ou menos	47	36,7
Dois salários mínimos	43	33,6
Três salários mínimos ou mais	38	29,7

Legenda: * N = 128

Em relação à história obstétrica, podemos verificar que das mulheres que fizeram uso de drogas lícitas e/ou ilícitas na gestação atual, 70% já estiveram grávidas mais de uma vez, 34,8% nunca haviam parido ou haviam parido apenas uma vez e 49,6% já sofreu aborto (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das mulheres que fizeram uso de drogas lícitas e/ou ilícitas na gestação quanto à história obstétrica. Porto Alegre, 2014. (N=135)

Variáveis	N	%
Número de gestações		
Primigesta	40	29,6
Multigesta	95	70,4
Paridade		
Nulípara	47	34,8
Primípara	47	34,8
Múltipara	41	30,4
Aborto	67	49,6

A seguir, na tabela 3, é apresentada a distribuição do tipo de droga lícita e/ou ilícita segundo a informação da carteira pré-natal e informações da própria puérpera.

Na análise da fonte de informação do consumo de drogas lícitas verificamos que o uso de bebida alcoólica esteve descrito na carteira de pré-natal em 12,5%, porém em 48% dos casos o uso foi autorreferido pela mulher. Quando ao uso de tabaco, 91,4% das carteiras tinham essa informação, enquanto apenas 64,6% das mulheres referiram o uso.

No que se refere ao uso de drogas ilícitas durante a gestação, a mais prevalente nas anotações da carteira de pré-natal foram a maconha (2,8%) e a cocaína (2,8%), enquanto em 2,3% dos casos o uso de cocaína foi informado pelas mulheres durante a coleta de dados.

Tabela 3. Distribuição do tipo de drogas lícitas e/ou ilícitas utilizadas pelas mulheres na gestação segundo informação da carteira pré-natal e informações fornecidas pelas mulheres. Porto Alegre, 2014.

Variáveis	Carteira pré-natal*		Informação da mulher**	
	N	%	N	%
Droga lícita				
Bebida alcoólica	10	14,2	84	64,6
Tabagismo	64	91,4	84	64,6
Droga ilícita				
Maconha	02	2,8	02	1,5
Cocaína	02	2,8	03	2,3
Crack e maconha	01	1,4	01	0,7
Maconha e cocaína	00	0,0	01	0,7
Não registrado	01	1,4	00	0,0

Legenda: * N = 70; ** N = 130

As próximas análises caracterizarão o consumo das drogas lícitas e/ou ilícitas utilizadas pelas mulheres durante a gestação.

Primeiramente, na Tabela 4, segue a caracterização do uso de bebida alcoólica, uma das drogas de maior consumo durante a gestação.

A maioria das mulheres que fizeram o uso de bebida alcoólica o fez durante toda a gestação (33,3%) - no primeiro, segundo e terceiro trimestre. Em relação a frequência do consumo de bebida alcoólica 25% dos casos, fez o uso uma vez por semana. A variável “outros” da Tabela 4 representa outras diversas variações com pouca frequência, e por isso foram agrupadas.

Tabela 4. Caracterização do consumo de bebida alcoólica utilizadas pelas mulheres na gestação segundo informações fornecidas pelas mulheres. Porto Alegre, 2014. (N=84)

Variáveis	Bebida alcoólica	
	N	%
Qual trimestre		
1º trimestre	20	23,8
2º trimestre	12	14,3
3º trimestre	11	13,1
1º e 2º trimestre	12	14,3
1º e 3º trimestre	01	1,2
1º, 2º e 3º trimestre	28	33,3
Frequência		
Uma vez na semana	21	25,0
Uma vez no mês	13	15,5
Duas vezes no mês	09	10,7
Outros	41	48,8

A tabela 5 mostra que o uso de tabaco durante toda a gestação foi referido por 75% das mulheres durante toda a gestação, sendo que o consumo foi para maioria de até cinco cigarros por dia (57,1%).

Tabela 5. Caracterização do tabagismo pelas mulheres na gestação segundo informações fornecidas pelas mulheres. Porto Alegre, 2014. (N=84)

Variáveis	Tabagismo	
	N	%
Qual trimestre		
1º trimestre	12	14,3
2º trimestre	01	1,2
3º trimestre	02	2,4
1º e 2º trimestre	04	4,8
1º e 3º trimestre	01	1,2
1º, 2º e 3º trimestre	63	75,0
2º e 3º trimestre	01	1,2
Número cigarro dia		
Até 5 cigarros	48	57,1
6 a 10 cigarros	17	20,2
11 a 15 cigarros	03	3,7
16 a 20 cigarros	16	19,0

No caso das drogas ilícitas, a tabela 6 mostra que 57,1% das mulheres alegaram ter feito uso apenas no primeiro trimestre da gestação. Em relação à frequência, a maioria teve consumo de droga uma vez por semana (42,8%).

Tabela 6. Caracterização do consumo de drogas ilícitas utilizadas pelas mulheres na gestação segundo informações fornecidas pelas mulheres. Porto Alegre, 2014. (N=7)

Variáveis	Drogas ilícitas	
	N	%
Qual trimestre		
1º trimestre	04	57,1
1º e 2º trimestre	01	14,3
1º, 2º e 3º trimestre	02	28,6
Frequência		
1x/dia	01	14,3
2x/dia	01	14,3
1x/semana	03	42,8
2x/semana	01	14,3
7x/semana	01	14,3

As condições de nascimento dos bebês de mulheres que fizeram uso de drogas lícitas e/ou ilícitas na gestação são apresentadas na tabela 5. É importante destacar que em algumas das variáveis estudadas a amostra foi inferior a do estudo, pelo fato das mesmas não estarem devidamente registradas. Por outro lado, o Apgar, a mal formação e as intercorrências clínicas estão apresentadas por 136 bebês, pois houve um caso de gemelaridade.

Mesmo com o uso de drogas, de natureza lícita e/ou ilícita, na gestação, na maioria dos casos os bebês dessas mulheres nasceram a termo (93,7%), com peso adequado para a idade gestacional (77,3%), sem apresentarem malformações (98,5%) e sem intercorrências clínicas (64%). Porém 13,2% apresentaram um Apgar abaixo de 7 no primeiro minuto de vida.

Tabela 7. Condições dos recém-nascidos das mulheres que fizeram uso de drogas lícitas e/ou ilícitas na gestação. Porto Alegre, 2014.

Variáveis	N	%
Idade gestacional (N=127)		
Prematuro	08	6,3
Termo	119	93,7
Classificação (N = 132)		
PIG	27	20,5
AIG	102	77,3
GIG	03	2,2
Apagar (N=136)		
1º minuto < 7	18	13,2
5º minuto < 7	02	1,5
Malformação (N=136)		
Sim	02	1,5
Não	134	98,5
Intercorrência clínica (N=136)		
RN sem intercorrências clínicas	87	64,0
Intercorrência após nascimento encaminhado UTINeo*	13	9,6

Intercorrência na UIO** e transferido para UTINeo*	07	5,1
Intercorrência na UIO**, sem transferência para outra unidade	29	21,3

Legenda: *UTINeo – Unidade de terapia intensiva neonatologia.

**UIO – Unidade de internação obstétrica.

6 DISCUSSÃO

É pertinente focar na importância do pré-natal na assistência dessas mulheres, visto que é nesse período que são realizadas as ações educativas e de orientação às gestantes.

De uma maneira geral, nesse estudo constatou-se a diferença entre registro na carteira pré-natal e o que foi referido pelas gestantes.

Em relação ao consumo de álcool, essa discrepância pode ter ocorrido porque a pergunta abordou se a mulher havia feito o uso de álcool pelo menos uma vez na gestação, o que é pertinente, visto que ainda não conhecemos uma dosagem segura de ingestão. É provável que, ao relatarem terem feito uso de álcool poucas vezes durante a gestação, alguns profissionais de saúde não consideraram isso como um problema real e deixaram de assinalar essa informação na carteira.

Já quanto ao registro na carteira pré-natal ser maior do que o referido sobre o tabagismo, isso pode estar associado ao sentimento de culpa que essas gestantes sentem, além da pressão social, visto que a maioria das tabagistas prévias não consegue abandonar o vício durante a gestação.

Em um estudo qualitativo sobre as representações e experiências do tabagismo na gravidez, algumas mulheres situaram o problema do vício como algo que deve ser encarado isoladamente por elas mesmas, passando despercebido o sistema de saúde como aliado na interrupção do tabagismo. Houve críticas sobre a abordagem dos profissionais. Em alguns casos elas se perceberam como alvo de críticas e julgamentos não apenas de pessoas próximas, mas também dos profissionais de saúde (FONTANELLA; SECCO, 2012).

O estudo de Gama et al. (2004) traz bem a importância do pré-natal, principalmente nesses casos: as gestantes que fumaram (32%), fizeram menos consulta pré-natal do que as que não fumaram, o mesmo aconteceu para o consumo de bebida alcoólica e para o uso de drogas ilícitas. Para as adolescentes que fumavam antes de engravidar, foi tanto maior a proporção das que abandonaram o vício, quanto maior o número de consultas de pré-natal realizadas.

Os dados das características maternas deste estudo estão próximos do encontrado na pesquisa realizada por Silva et al. (2011), que caracterizou as mulheres como adultas (69,7%) e da classe C (54,5%). Para Thiengo et al. (2012), a

baixa renda é apresentada como um fator colaborador para o uso de substâncias psicoativas, juntamente com os transtornos mentais, o desemprego e a falta de estabilidade na união civil. Já em relação à história obstétrica, estudo realizado em Ribeirão Preto, São Paulo, com 150 puérperas mostrou que a maioria era multípara (70%) e 29% sofreu aborto prévio (FREIRE et al., 2005). O número de multíparas no estudo citado se assemelha com o presente estudo, porém a porcentagem de mulheres que sofreram aborto prévio no estudo de Ribeirão Preto é menor quando comparado a este estudo. É importante ressaltar que os dados de cada pesquisa são influenciados pelas características locorregionais de onde essa pesquisa está sendo realizada. Considerando isso, é plausível que pesquisas apresentem grande disparidade em alguns resultados.

No que se refere ao uso de álcool na gestação, verificamos que grande parte das entrevistadas em nosso estudo teve esse hábito (48%). Essa frequência foi maior quando comparada a de outras pesquisas que estudaram essa mesma população. No estudo de Moraes e Reichenheim (2007) foi encontrada uma taxa de 40,6% de mães que usaram álcool na gestação; já no de Freire, Padilha e Saunders (2009), foi encontrada uma prevalência de 7,4% de gestantes. O presente estudo não avaliou a quantidade de gestantes que fizeram abuso da bebida alcoólica, o que exige aplicação de um instrumento voltado para tal verificação. O abuso de álcool, diferentemente do uso do álcool, é considerado a ingestão excessiva dessa substância. Para verificar se há abuso dessa droga, existem algumas escalas específicas sendo, dentre elas, a escala de CAGE a mais usada. Essa escala explora especificamente os efeitos sociais do uso do álcool, baseado na percepção do paciente, familiares e amigos, e tem como ponto de corte duas respostas afirmativas. Alguns estudos trazem porcentagens de 2 a 40% de abuso de álcool, dependendo do tipo de instrumento aplicado (SILVA et al., 2011).

Neste estudo, da amostra de gestantes que usaram álcool na gestação, 33,3% referiram terem usado o álcool nos três trimestres, ou seja, durante toda a gestação. Esse achado é menor quando comparado ao estudo de Rocha et al. (2013), onde 59,6% das gestantes referiram ter usado álcool durante toda a gestação. Por outro lado, na pesquisa de Sanches et al. (2011), o consumo foi inferior ao da presente pesquisa, onde 10% das mulheres admitiram ter feito uso do álcool diariamente durante a gestação.

A segunda maior prevalência de uso de álcool na gestação foi no primeiro trimestre (23,8%), podendo sugerir que essas mulheres fizeram o uso quando ainda não tinham conhecimento da gestação. Essa suposição é corroborada em pesquisa sobre o padrão do consumo de álcool por gestantes, onde dois terços das gestantes deixaram de beber álcool após o reconhecimento da gravidez (SOUZA; SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

É importante destacar que o alcoolismo na gestação tem efeito global, que abrange desde prejuízos à saúde da mãe e do bebê, quanto a problemas emocionais e sociais. Em estudos sobre fatores associados à agressão física em gestantes, foi constatado que 7,5% dessas mulheres sofreram pelo menos uma agressão física, perpetrada pelo pai do bebê, tendo uma associação entre consumo de qualquer droga com a agressão (VIELLAS et al., 2012). Acredita-se que as mulheres dependentes do álcool apresentam maior intensidade de problemas emocionais (YAMAGUCHI et al., 2008). Esses problemas emocionais por si só já são um problema e causam muitos efeitos adversos na vida do indivíduo, mas acaba se tornando ainda mais grave quando falamos de mulheres grávidas, que estão no caminho de se tornarem mães. A gravidez causa uma ambivalência de sentimentos na mulher; isso, associado aos problemas emocionais prévios, concomitante com o uso de álcool, pode acabar tendo efeito muito negativo para a mulher e sua família.

O consumo de álcool durante a gestação também traz consequências aos recém-nascidos, visto que esteve fortemente associado com a interrupção do aleitamento materno exclusivo no terceiro mês de lactentes com baixo peso (SANCHES et al., 2011).

Os índices do uso de álcool já são grandes e os efeitos adversos também, mas o tabagismo continua sendo o maior problema quando falamos de uso de drogas na gestação. Neste estudo, 48% referiu ter fumado durante toda a gestação. Na literatura essa taxa varia de 5,5% (FREIRE; PADILHA; SAUNDERS, 2009) a 33,8% (SILVA et al., 2011).

Das fumantes, 75% referiu ter fumado durante toda a gestação e apenas 14,3% fumou apenas no primeiro trimestre. Na revisão de literatura de Yamaguchi et al. (2008), apenas 20% das mulheres que fumavam antes da gestação interromperam o uso do cigarro após reconhecer a gravidez, estando em consonância com o alto índice de mulheres que fumaram durante toda a gestação. No estudo de Rocha et al. (2013), 75,7% fumou até o final da gravidez.

Thiengo et al. (2012) associou o tabagismo com o risco de desenvolver depressão, visto que a nicotina, substância presente no cigarro, interfere no sistema neuroquímico, afetando mecanismos reguladores do humor.

No que tange sobre as representações do consumo do cigarro na gestação, em uma pesquisa qualitativa, as gestantes referiram o cigarro como algo que modula as emoções, como algo que as satisfazia e, ao mesmo tempo, as faziam se sentirem culpadas por não conseguirem largar o vício. Algumas gestantes conheciam os efeitos adversos do fumo na gestação para elas e, principalmente, para o bebê, mas em alguns casos, as mulheres pouco ouviram falar ou desconheciam o mal que o cigarro faz, podendo, em algumas mulheres, significar uma opção em não querer conhecer os danos, utilizando o mecanismo de defesa da negação (POSSATO; PARADA; TONETE, 2006).

Quanto às drogas ilícitas, nesse estudo poucas mulheres referiram o uso durante a gestação. Segundo Yamaguchi et al. (2008), estima-se que 10% das mulheres americanas tenham feito uso da cocaína durante a gravidez, sendo que a droga ilícita mais consumida é a maconha, tendo níveis entre 10 e 27%. Em estudo realizado em São Paulo sobre o perfil sócio-demográfico da gravidez na adolescência, foi constatado que 1,7% das gestantes usaram drogas ilícitas (CHALEM et al., 2007). Em estudo sobre a prevalência de uso de drogas de abuso por gestantes, foi apontado que 1,53% das mulheres fizeram uso de drogas ilícitas (KASSADA et al., 2013).

No que se refere às condições de nascimento das crianças de mães usuárias de drogas, seja lícita ou ilícita, verificamos nesse estudo que pouco mais da metade dos recém-nascidos (64%) não apresentaram nenhuma intercorrência clínica.

Quando falamos em repercussões do uso de drogas durante a gestação nos recém-nascidos, há controvérsias na literatura. Alguns estudos mostram que há relação entre álcool e tabaco nas medidas antropométricas dos recém-nascidos (peso, comprimento e perímetro cefálico). Outros estudos, porém, mostram que não há relação do uso de drogas com as condições dos recém-nascidos. Podemos ver os dados dessas pesquisas a seguir.

No estudo de Silva et al. (2011), foi constatado que a chance do bebê nascer com baixo peso quando a mãe usa álcool na gestação é quatro vezes maior do que quando a mãe não faz uso dessa mesma droga. Esses autores apontam ainda que a

associação do tabagismo durante a gravidez foi maior com a restrição do crescimento uterino do que com o baixo peso do RN.

Por outro lado, Surita et al. (2011) encontrou 12,5% de fumantes na amostra de gestantes, porém o tabagismo não associou-se com o baixo peso ao nascer. Nessa mesma linha, o estudo de Freire, Padilha e Saunders (2009) também não associou uso de tabaco e álcool com RN pré-termo, BPN e intercorrências. Esses dados corroboram com os de Moutinho e Alexandra (2013), visto que não houve associação estatística entre parto pré-termo e tabagismo.

Além disso, Freire, Padilha e Saunders (2009) defendem que o baixo peso ao nascer pode ser associado com vários outros fatores como, por exemplo, aqueles que contribuem para a vulnerabilidade social da mulher grávida.

Na pesquisa realizada por Freire (2005), não foi observado nenhum caso de anomalia, porém sabe-se que a teratogenia pode ocorrer mesmo na ausência de anomalias congênitas. Em estudo sobre avaliação dos riscos teratogênicos, mostrou que o tabagismo e o consumo de álcool não se associaram com malformações fetais (ROCHA et al., 2013).

Zhang et al. (2011) sugerem que os efeitos adversos no recém-nascido são dose-dependente.

7 CONCLUSÃO

Foi possível constatar a discrepância entre as informações da carteira pré-natal e a referida pelas mulheres entrevistadas. Essas na maioria eram adultas (87,4%), multigestas (70,4%), de baixa escolaridade (31,6%) e de baixa renda familiar (um salário mínimo ou menos – 31,9%). Em relação ao consumo de drogas lícitas, 64% consumiram álcool e 64% fumaram na gestação. Já em relação às drogas ilícitas, sete mulheres referiram consumo de maconha e/ou cocaína.

Esse estudo mostra a importância de caracterizar as mulheres que fazem consumo de drogas durante a gestação, para que essas usuárias sejam priorizadas quando políticas e ações em saúde forem pensadas. Geralmente essas mulheres são pertencentes a grupos de vulnerabilidade social, o que aumenta mais ainda a importância que deve ser dada para a questão do uso de drogas. Porém, não basta apenas pensar em políticas e ações em saúde voltadas para essas mulheres se não tivermos profissionais capacitados para tal demanda.

É fundamental que a abordagem a essas mulheres seja feita por equipe multiprofissional, de maneira multidisciplinar, visto que o uso de drogas na gestação engloba uma série de fatores, desde as alterações antropométricas do recém-nascido, quanto às maiores chances dessas mulheres sofrerem de agressão física durante a gestação, perpetrada pelo próprio pai do bebê. É necessário que essas mulheres sejam abordadas tanto para o problema de saúde em si, quanto para problemas psicológicos e sociais que o consumo de drogas durante a gestação representa.

Nota-se uma dificuldade dos profissionais da atenção básica em lidarem com esses casos. Além disso, os currículos das instituições de ensino superior geralmente mostram-se carentes sobre a abordagem que necessitamos ter e sobre o apoio que precisamos dar quando trabalhamos na atenção básica. É necessário nos despirmos dos nossos pré-conceitos para uma assistência integral e respeitosa a essa mulher, podendo, assim, criar vínculos, com a gestante e sua rede social, para que o tratamento de combate ao vício tenha muito mais efeito.

Para a formulação de estratégias de combate ao uso de drogas na gestação, deve-se começar pelo levantamento do número de casos, além das características dessas mulheres. Faz-se necessário maior quantidade de estudos sobre o tema, e

estudos com amostragens maiores, para que possamos, verdadeiramente, ter um parâmetro mais aproximado da real situação brasileira sobre o uso de drogas na gestação. Aliado a isso, também se percebe uma necessidade de mais pesquisas sobre as associações dos efeitos adversos do uso das drogas na gestação sobre o recém-nascido. Ainda não temos um parâmetro que nos diga qual a quantidade de consumo é segura para que o recém-nascido não seja afetado. Com isso, o número de casos adversos poderá ser significativamente reduzido, já que as ações de prevenção estarão cientificamente melhor embasadas.

Por fim, este estudo mostra-se relevante quanto à caracterização das mulheres e seus recém-nascidos usuários dos serviços obstétricos de um hospital universitário de Porto Alegre, sendo essas informações de extrema importância para uma assistência em saúde com resolutividade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação Materno-Infantil. **Manual de assistência ao recém-nascido**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 28 nov. 2013.

_____. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Relatório Brasileiro sobre Drogas**. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/328379.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2013.

_____. **Decreto nº 7.655, de 23 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestão de Alto Risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.

CAPURRO, H et al. A simplified method for diagnostic of gestacional age in the newborn infant. **J. Pediatr.** v. 93., n. 1, p. 120-122, 1978.

CHALEM, E et al. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, Jan. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Maio 2014.

FONTANELLA, B J B; SECCO, K N D. Gestação e tabagismo: representações e experiências de pacientes de Unidades de Saúde da Família. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852012000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Maio 2014.

FREIRE, K; PADILHA, P C; SAUNDERS, C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, Julho 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009000700003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Maio 2014.

FREIRE, T M et al. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, Julho 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005000700002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Maio 2014.

GAMA, S G N et al. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000700011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Maio 2014.

HOCKENBERRY, M J; WILSON, D. **Wong**: fundamentos de enfermagem pediátrica. 8. ed. Rio de Janeiro: 2011.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Histórico**. Porto Alegre: 2013. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/13/97/>> Acesso em: 28 nov. 2013.

KASSADA, D S et al. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 5, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Maio 2014.

KLEIN, C H; BLOCH, K V. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, R et al.

Epidemiologia. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 193-219.

MORAES, C L; REICHENHEIM, M E. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, Out. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Maio 2014.

MOUTINHO, A; ALEXANDRA, D. Parto pré-termo, tabagismo e outros fatores de risco: um estudo caso-controlo. **Rev Port Med Geral Fam**, Lisboa, v. 29, n. 2, Mar. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732013000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 Maio 2014.

POSSATO, M; PARADA, C M G L; TONETE, V L P. Representação de gestantes tabagistas sobre o uso do cigarro: estudo realizado em hospital do interior paulista. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, Set. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Maio 2014.

ROCHA, R S et al. Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, Junho 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Maio 2014.

SANCHES, M T C et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, Maio 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Maio 2014.

SILVA, I et al. Associação entre abuso de álcool durante a gestação e o peso ao nascer. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, Out. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Maio 2014.

SOUZA, L H R F; SANTOS, M C; OLIVEIRA, L C M. Padrão do consumo de álcool em gestantes atendidas em um hospital público universitário e fatores de risco associados. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, Julho 2012.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000700002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Maio 2014.

SURITA, F G C et al. Fatores associados ao baixo peso ao nascimento entre adolescentes no Sudeste do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, Out. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011001000003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Maio 2014.

THIENGO, D L et al. Depressão durante a gestação: um estudo sobre a associação entre fatores de risco e de apoio social entre gestantes. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2012000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Maio 2014.

VIELLAS, E F et al. Fatores associados à agressão física em gestantes e os desfechos negativos no recém-nascido. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 89, n. 1, Fev. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Maio 2014.

ZHANG, L et al. Tabagismo materno durante a gestação e medidas antropométricas do recém-nascido: um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, Set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000900010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Maio 2014.

YAMAGUCHI, E T et al . Drogas de abuso e gravidez. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 35, supl. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000700010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 nov. 2013.

ANEXO A – Instrumento de Coleta de Dados

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DE CESARIANA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Nº _____

Nome: _____

Leito: _____ Registro hospitalar: _____

Data da entrevista: |__|_|/|__|_|/|__|_| Horário da entrevista: |__|_|/|__|_|

Entrevistadora: _____

Telefone celular: (____) _____ Telefone residencial (____) _____

INFORMAÇÕES OBTIDAS NO PRONTUÁRIO

Informações do pré-natal	
1. Realização de pré-natal [1] Sim [2] Não	__
2. Número de consultas de pré-natal (0 = nenhuma consulta)	__
3. Realizou pré-natal na Unidade Básica de Saúde (SUS) [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica (não realizou pré-natal)	__

<p>4. Realizou pré-natal pelo convênio (prestadora de saúde privada)</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p> <p>[77] Não se aplica (não realizou pré-natal)</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p>
<p>5. Realizou pré-natal particular (por custeio próprio)</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p> <p>[77] Não se aplica (não realizou pré-natal)</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p>
<p>6. Data da última menstruação.</p> <p>* Registrar 99 99 99 quando não tiver registro da DUM</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ </p>
<p>7. Idade gestacional de início do pré-natal (se DUM não registrada verificar pelo USG).</p> <p>Se não tiver a informação registrar 999 semanas 999 dias</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ _ semanas _ _ _ dias</p>
<p>8. Data de início do pré-natal</p> <p>[77] Não se aplica (não realizou pré-natal)</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ </p>
<p>9. Data da primeira ultrassonografia (USG)</p> <p>* Registrar 99 99 99 quando não tiver USG</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ </p>
<p>10. Idade gestacional no primeiro USG</p> <p>* Registrar 77 semanas 77 dias (quando não tiver USG)</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ _ semanas _ _ _ dias</p>
<p>11. Calcular a idade Gestacional do USG em dias</p> <p>*Cálculo da IG dias = [(nº semanas X 7) + nº dias]</p> <p>* Registrar 7777 (quando não tiver USG)</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ dias</p>
<p>12. Número de gestações (incluindo atual)</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p>

<p>13. Gravidez ectópica</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>14. Número de partos anteriores (via vaginal e cesariana)</p> <p>[77] Não se aplica (quando for primigesta – nenhum parto anterior)</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>15. Número de parto via vaginal anterior (0 = nenhum; 1 = um parto via vaginal...).</p> <p>[77] Não se aplica (nenhum parto anterior)</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>16. Número de cesariana anterior (0 = nenhum; 1 = uma cesariana...).</p> <p>[77] Não se aplica (nenhum parto anterior)</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>17. Número de aborto anterior (0 = nenhum; 1 = um aborto...).</p> <p>[77] Não se aplica (nenhum parto anterior)</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>18. Grupo sanguíneo</p> <p>[1] A</p> <p>[2] B</p> <p>[3] AB</p> <p>[4] O</p> <p>[99] Não registrado</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>19. Fator Rh</p> <p>[1] Positivo</p> <p>[2] Negativo</p> <p>[99] Não registrado</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>

Hábitos na gestação

<p>20. Uso de bebida alcoólica durante a gravidez</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não (não assinalado na carteira pré-natal)</p> <p>[99] Não registrado (Sem carteira pré-natal e sem registro no prontuário)</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>21. Tabagismo durante a gravidez</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não (não assinalado na carteira pré-natal)</p> <p>[99] Não registrado (Sem carteira pré-natal e sem registro no prontuário)</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>22. Uso de drogas durante a gravidez</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não (não assinalado na carteira pré-natal)</p> <p>[99] Não registrado (Sem carteira pré-natal e sem registro no prontuário)</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>23. Se sim, qual droga?</p> <p>[99] Não registrado</p> <p>[77] Não se aplica (quando não usou droga)</p> <p style="text-align: right;"> _ </p>	

História obstétrica

*Considerar não quando não tiver registro na carteira pré-natal ou prontuário.

[77] Não se aplica (Historia patológica obstétrica progressa para PRIMIGESTAS)

História patológica obstétrica PREGRESSA		História patológica obstétrica ATUAL	
24. Ameaça de parto prematuro [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>	24a. Ameaça de parto prematuro [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
25. Ameaça de aborto [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>	25a. Ameaça de aborto [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
26. Amniorexe prematura [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>	26a. Amniorexe prematura [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
27. Cerclagem uterina [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>	27a. Cerclagem uterina [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
28. Descolamento prematuro de placenta [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>	28a. Descolamento prematuro de placenta [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
29. Diabetes gestacional [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>	29a. Diabetes gestacional [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
30. Estreptococo B [1] Sim	<input type="checkbox"/>	30a. Estreptococo B [1] Sim	<input type="checkbox"/>

[2] Não	
31. Gemelaridade	
[1] Sim	__
[2] Não	
32. HIV/AIDS	
[1] Sim	__
[2] Não	
33. Hiperemese gravídica	
[1] Sim	__
[2] Não	
34. Isoimunização Rh	
[1] Sim	__
[2] Não	
35. Infecção urinária	
[1] Sim	__
[2] Não	
36. Oligoâmnio	
[1] Sim	__
[2] Não	
37. Polidrâmnio	
[1] Sim	__
[2] Não	
38. Placenta prévia	

[2] Não	
31a. Gemelaridade	
[1] Sim	__
[2] Não	
32a. HIV/AIDS	
[1] Sim	__
[2] Não	
33a. Hiperemese gravídica	
[1] Sim	__
[2] Não	
34a. Isoimunização Rh	
[1] Sim	__
[2] Não	
35a. Infecção urinária	
[1] Sim	__
[2] Não	
36a. Oligoâmnio	
[1] Sim	__
[2] Não	
37a. Polidrâmnio	
[1] Sim	__
[2] Não	
38a. Placenta prévia	

[1] Sim	<input type="checkbox"/>
[2] Não	
39. Restrição de crescimento intrauterino	<input type="checkbox"/>
[1] Sim	
[2] Não	
40. Sífilis	<input type="checkbox"/>
[1] Sim	
[2] Não	
41. Síndromes hipertensivas	<input type="checkbox"/>
[1] Sim	
[2] Não	
42. Trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/>
[1] Sim	
[2] Não	
43. Outro:	

[1] Sim	<input type="checkbox"/>
[2] Não	
39a. Restrição de crescimento intrauterino	<input type="checkbox"/>
[1] Sim	
[2] Não	
40a. Sífilis	<input type="checkbox"/>
[1] Sim	
[2] Não	
41a. Síndromes hipertensivas	<input type="checkbox"/>
[1] Sim	
[2] Não	
42a. Trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/>
[1] Sim	
[2] Não	
43a. Outro:	

Dados da admissão hospitalar

44. Data da admissão (caderno secretaria CO)	<input type="text" value=" _ _ / _ _ / _ _ "/>
45. Horário da admissão (caderno secretaria CO)	

* Registrar [99 99] quando não tiver registrado o horário	____/____
46. Categoria de internação [1] Sistema Único de Saúde [2] Prestadora de saúde privada (Convênio) [3] Por custeio próprio (Particular)	____
47. Motivo da internação (descrever)	
48. Dilatação (em centímetros - não utilizar casa decimal) [99] Não registrado	____
49. Características do colo (usar o primeiro descrito) [1] Grosso [2] Médio [3] Fino [99] Não registrado	____
50. Apresentação [1] Cefálica [2] Pélvica [3] Ombro/Espáduas/Córmica [99] Não registrado	____
51. Bolsa das águas [1] Íntegra [2] Rota [99] Não registrado	____

<p>52. Característica do líquido amniótico:</p> <p>[1] Claro</p> <p>[2] Claro com grumos</p> <p>[3] Esverdeado</p> <p>[4] Amarronzado</p> <p>[5] Sanguinolento</p> <p>[6] Amarelado</p> <p>[7] Purulento</p> <p>[77] Não se aplica (Ex: placenta prévia)</p> <p>[99] Não registrado (não consta anotação)</p>	_
<p>53. Dinâmica uterina (número de contrações em 10 minutos)</p> <p>[99] Não registrado</p>	_
<p>54. Altura uterina (em centímetros)</p> <p>[99] Não registrado</p>	_
<p>55. BCF (frequência dos batimentos cardíacos fetais por minuto)</p> <p>[99] Não registrado</p>	_ _

Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto

[77] Não se aplica (da questão 56 a 63 - gestante não entrou em trabalho de parto – parto de urgência, eletivo ou foi direto para cesariana).

<p>56. Bolsa rota espontânea durante o trabalho de parto – amniorexe</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	_
--	---

<p>[77] Não se aplica (internou com bolsa rota)</p> <p>[99] Não Registrado</p>	
<p>57. Foi realizado amniotomia (rotura artificial das membranas)</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p> <p>[77] Não se aplica (internou com bolsa rota/espontânea no TP)</p> <p>[99] Não registrado</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>58. Característica do líquido amniótico:</p> <p>[1] Claro</p> <p>[2] Claro com grumos</p> <p>[3] Esverdeado</p> <p>[4] Amarronzado</p> <p>[5] Sanguinolento</p> <p>[6] Amarelado</p> <p>[7] Purulento</p> <p>[99] Não registrado (não consta anotação)</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>59. Administrado soro com ocitocina durante o trabalho de parto</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>60. Administrado misoprostol (via vaginal) durante o trabalho de parto</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>

<p>61. Aplicada analgesia nas costas em algum momento do trabalho de parto</p> <p>[1] Sim*</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>62. *Se sim, qual o tipo de analgesia no momento do trabalho de parto</p> <p>[1] Peridural (BPD)</p> <p>[2] Raquianestesia (BSA)</p> <p>[3] Combinada (BPD + BSA)</p> <p>[77] Não se aplica (não recebeu analgesia)</p> <p>[99] Não registrado (se sim na questão 61, porém não especificado).</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>63. Realizado MAP/Cardiotocografia?</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não (sem registro/sem impressão/laudo do exame)</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>

Dados do parto

<p>64. Data do parto</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ / _ _ / _ _ </p>
<p>65. Horário do parto</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ / _ _ </p>
<p>66. Tipo de parto</p> <p>[1] Via vaginal</p> <p>[2] Cesariana</p> <p>[3] Via vaginal com uso de fórceps</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>

<p>67. Profissional que realizou o parto</p> <p>[1] Médico/Residente medicina/Acadêmico de medicina</p> <p>[2] Enfermeira</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>68. Local do parto</p> <p>[1] Pré-parto</p> <p>[2] Sala de parto/cesárea</p> <p>[3] Sala da emergência obstétrica</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>

Só para quem teve PARTO NORMAL

[77] Não se aplica (da questão 69 a 84 – teve outro tipo de parto)

<p>69. Períneo íntegro</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>70. Realizado episiotomia</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p> <p>[77] Não se aplica (períneo íntegro)</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>71. Laceração (de qualquer grau)</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p> <p>[77] Não se aplica (períneo íntegro)</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>Intercorrências no Centro Obstétrico</p> <p>72. Atonia uterina</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>

[1] Sim	
[2] Não	
73. Retenção placentária	
[1] Sim	<input type="checkbox"/>
[2] Não	
74. Hemorragia	
[1] Sim	<input type="checkbox"/>
[2] Não	
75. Restos placentários	
[1] Sim	<input type="checkbox"/>
[2] Não	
76. Náusea	
[1] Sim	<input type="checkbox"/>
[2] Não	
77. Vômito	
[1] Sim	<input type="checkbox"/>
[2] Não	
78. Depressão respiratória	
[1] Sim	<input type="checkbox"/>
[2] Não	
79. Hipotensão	
[1] Sim	<input type="checkbox"/>
[2] Não	
80. Outra intercorrência (descrever)	

81. Procedimentos pós-parto [1] Não houve nenhum procedimento pós-parto [2] Curagem/Curetagem [3] Histerectomia	_
82. Outro procedimento pós-parto (descrever)	
83. Após o parto foi para [1] UIO [2] CTI	_
84. Motivo da transferência da UIO para CTI: [77] Não se aplica	
	_

Só para quem teve CESARIANA

[77] Não se aplica (da questão 85 a 110 – teve outro tipo de parto)

85. Tipo de incisão [1] Transversa [2] Longitudinal	_
86. Tipo de anestesia: [1] Peridural (BPD)	

<p>[2] Raquianestesia (BSA)</p> <p>[3] Combinada (BPD+BSA)</p> <p>[4] Geral</p> <p>[99] Não registrado</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
Indicação da cesariana	
<p>87. Desproporção céfalo-pélvica</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>88. Sofrimento fetal/Condição fetal não tranquilizadora</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>89. Alteração do perfil biofísico fetal</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>90. Iteratividade (mais que duas cesarianas anteriores)</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>91. Apresentação Pélvica</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>92. Gemelaridade</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p> <p>93. HIV/AIDS</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>

<p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p> __ </p>
<p>94. Herpes genital ativo</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p> __ </p>
<p>95. Placenta prévia</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p> __ </p>
<p>96. Outra indicação? (descrever)</p>	
<p>97. Momento da indicação da cesariana para puérpera?</p> <p>[1] Antes da internação (eletiva)</p> <p>[2] Na admissão (emergência obstétrica/foi direto para sala cesárea)</p> <p>[3] Durante o trabalho de parto</p> <p>[4] Durante a internação – Gestante de risco</p> <p>[5] Não foi possível especificar o momento da indicação</p>	<p> __ </p>
<p>Intercorrências no Centro Obstétrico</p>	
<p>98. Atonia uterina</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p> __ </p>
<p>99. Retenção placentária</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p> __ </p>

<p>100. Hemorragia</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>101. Restos placentários</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>102. Náusea</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>103. Vômito</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>104. Depressão respiratória</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p> <p>105. Hipotensão</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p> <p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>106. Outra intercorrência (descrever)</p>	
<p>107. Procedimentos pós-parto</p> <p>[1] Não houve nenhum procedimento pós-parto</p> <p>[2] Histerectomia</p> <p>[3] Ligadura Tubária</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>

108. Outro procedimento pós-parto (descrever)	
109. Após o parto foi para [1] UIO [2] CTI	_
110. Motivo da transferência da UIO para CTI: [77] Não se aplica	
	_

Só para quem teve PARTO VAGINAL COM FÓRCEPS

[77] Não se aplica (da questão 111 a 133 – teve outro tipo de parto)

Qual foi a indicação? 111. Alívio [1] Sim [2] Não	_
112. Distócia de rotação [1] Sim [2] Não	_
113. Parada da progressão fetal [1] Sim [2] Não	_
114. Cesariana anterior	

<p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>115. Cicatriz uterina prévia</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p> <p>116. Sofrimento fetal</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>117. Outra indicação? (descrever)</p>	
<p>118. Períneo íntegro?</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>119. Realizado episiotomia?</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p> <p>[77] Não se aplica (períneo íntegro)</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>120. Houve laceração? (de qualquer grau)</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p> <p>[77] Não se aplica (períneo íntegro)</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>Intercorrências no Centro Obstétrico</p>	
<p>121. Atonia uterina</p> <p>[1] Sim</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

[2] Não	
122. Retenção placentária	
[1] Sim	<input type="checkbox"/>
[2] Não	
123. Hemorragia	
[1] Sim	<input type="checkbox"/>
[2] Não	
124. Restos placentários	
[1] Sim	<input type="checkbox"/>
[2] Não	
125. Náusea	
[1] Sim	<input type="checkbox"/>
[2] Não	
126. Vômito	
[1] Sim	<input type="checkbox"/>
[2] Não	
127. Depressão respiratória	
[1] Sim	<input type="checkbox"/>
[2] Não	
128. Hipotensão	
[1] Sim	<input type="checkbox"/>
[2] Não	
129. Outra intercorrência (descrever)	

<p>130. Procedimentos pós-parto</p> <p>[1] Não houve nenhum procedimento pós-parto</p> <p>[2] Curagem/Curetagem</p> <p>[3] Histerectomia</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>131. Outro procedimento pós-parto:</p> <p>[77] Não se aplica</p>	
<p>132. Após o parto foi para</p> <p>[1] UIO</p> <p>[2] CTI</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>133. Motivo da transferência da UIO para CTI:</p> <p>[77] Não se aplica</p>	

Dados da puérpera

<p>134. Apresentou alguma intercorrência no pós-parto na UIO?</p> <p>[1] Sim*</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>[77] Não se aplica (da questão 135 a 148 - NÃO teve intercorrência)</p> <p>*Se sim, qual intercorrência</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>

135. Hemorragia [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
136. Infecção [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
137. Hipertensão [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
138. Prurido [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
139. Vômito [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
140. Náusea [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
141. Hipotensão [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
142. Tontura [1] Sim	<input type="checkbox"/>

[2] Não		
143. Cefaléia pós-punção [1] Sim [2] Não	_	
144. Ingurgitamento [1] Sim [2] Não	_	
145. Trauma mamilar (eritema, edema, fissuras, bolhas, “marcas” brancas, amarelas ou escuras, hematomas ou equimose. [1] Sim [2] Não	_	
146. Dor durante a amamentação [1] Sim [2] Não	_	
147. Outras queixas de dor: [1] Sim [2] Não	_	
148. Outra intercorrência no pós-parto na UIO (descrever) [77] Não se aplica		_
Necessitou de transferência da UIO para:		
149. CTI [1] Sim*	_	

[2] Não	
150. *Se sim, descrever o motivo:	
[77] Não se aplica	__
151. CO (foi fazer algum procedimento e depois retornou para UIO)	
[1] Sim*	__
[2] Não	
152 *Se sim, descrever o motivo:	
[77] Não se aplica	__
153. CO (foi fazer algum procedimento e depois foi para CTI)	
[1] Sim*	__
[2] Não	
154 *Se sim, descrever o motivo:	
[77] Não se aplica	__

Dados do recém-nascido (RN único/1º gemelar)

155. Peso do bebê ao nascer (em gramas)	
[99] Não registrado	_____
156. Idade gestacional (Capurro realizado pela Enfermeira)	
* Registrar [99] semanas [99] dias (quando não tiver a	__ semanas __ dias

informação)	
<p>157. Calcular a idade Gestacional em dias</p> <p>*Cálculo da IG dias = [(nº semanas X 7) + nº dias]</p> <p>* Registrar 99 (quando não tem o Capurro)</p>	<p>_____ dias</p>
<p>158. Classificação do recém-nascido</p> <p>[1] AIG</p> <p>[2] PIG</p> <p>[3] GIG</p> <p>[99] Não registrado</p>	<p>_____</p>
<p>159. Apgar 1º minuto</p> <p>[99] Não registrado</p>	<p>_____</p>
<p>160. Apgar 5º minuto</p> <p>[99] Não registrado</p>	<p>_____</p>
<p>161. Grupo sanguíneo</p> <p>[1] A</p> <p>[2] B</p> <p>[3] AB</p> <p>[4] O</p> <p>[99] Não registrado</p>	<p>_____</p>
<p>162. Fator Rh</p> <p>[1] Positivo</p> <p>[2] Negativo</p> <p>[99] Não registrado</p>	<p>_____</p>
163. Recém-nascido com malformação	

170. Outro motivo da transferência do CO para UNEO (descrever)	
[77] Não se aplica (bebê foi para UIO)	
171. O RN necessitou ser transferido da UIO para UNEO	
[1] Sim*	<input type="checkbox"/>
[2] Não	
[77] Não se aplica (questões 172 a 177 - bebê NÃO foi transferido do UIO para UNEO)	<input type="checkbox"/>
*Se sim, qual o motivo da transferência da UIO para UNEO	
172. Desconforto respiratório	
[1] Sim	<input type="checkbox"/>
[2] Não	
173. Infecção	
[1] Sim	<input type="checkbox"/>
[2] Não	
174. Hipoglicemia	
[1] Sim	<input type="checkbox"/>
[2] Não	
175. Investigação de sepse neonatal	
[1] Sim	<input type="checkbox"/>
[2] Não	
176. Icterícia	
[1] Sim	<input type="checkbox"/>

[2] Não	
177. Outro motivo da transferência da UIO para UNEO (descrever)	
[77] Não se aplica	_
178. RN apresentou intercorrências na UIO (não necessitou transferência)	
[1] Sim*	
[2] Não	_
[77] Não se aplica (RN na UNEO)	
[77] Não se aplica (questão 179 a 183 – RN sem intercorrência/UNEO).	_
*Se sim, qual intercorrência?	
179. Hipoglicemia	
[1] Sim	_
[2] Não	
180. Taquipnéia	
[1] Sim	_
[2] Não	
181. Hipertermia	
[1] Sim	_
[2] Não	
182. Icterícia fisiológica	
[1] Sim	_

[2] Não	
183. Outra intercorrência na UIO que não necessitou de transferência (descrever)	
[77] Não se aplica	__
184. Alta hospitalar com a mãe	
[1] Sim	__
[2] Não	
185. Motivo de ter ficado internado:	
[77] Não se aplica (não ficou internado)	__

Dados do recém-nascido (2º gemelar)

[77] Não se aplica

155a. Peso do bebê ao nascer (em gramas)	
[99] Não registrado	_____
156a. Idade gestacional (Capurro realizado pela Enfermeira)	
* Registrar 99 semanas 99 dias (quando não tiver a informação)	__ semanas __ dias
157a. Calcular a idade Gestacional em dias	
*Cálculo da IG dias = [(nº semanas X 7) + nº dias]	_____ dias
* Registrar 99 (quando não tem o Capurro)	
158a. Classificação do recém-nascido	
[1] AIG	
[2] PIG	__

<p>[3] GIG</p> <p>[99] Não registrado</p>	
<p>159a. Apgar 1º minuto</p> <p>[99] Não registrado</p>	__
<p>160a. Apgar 5º minuto</p> <p>[99] Não registrado</p>	__
<p>161a. Grupo sanguíneo</p> <p>[1] A</p> <p>[2] B</p> <p>[3] AB</p> <p>[4] O</p> <p>[99] Não registrado</p>	__
<p>162a. Fator Rh</p> <p>[1] Positivo</p> <p>[2] Negativo</p> <p>[99] Não registrado</p>	__
<p>163a. Recém-nascido com malformação</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não (quando não tem nada registrado)</p>	__
<p>164a. Após nascimento, o recém-nascido foi encaminhado para</p> <p>[1] Unidade de internação obstétrica – UIO*</p> <p>[2] Unidade de neonatologia – UNEO</p>	__
<p>*[77] Não se aplica (questão 165a a 170a - bebê foi para</p>	__

UIO)	
Motivo da transferência da CO para UNEO	
165a. Desconforto respiratório	<input type="checkbox"/>
[1] Sim	
[2] Não	
166a. Infecção	<input type="checkbox"/>
[1] Sim	
[2] Não	
167a. Hipoglicemia	<input type="checkbox"/>
[1] Sim	
[2] Não	
168a. Investigação de sepse neonatal	<input type="checkbox"/>
[1] Sim	
[2] Não	
169a. Sífilis congênita	<input type="checkbox"/>
[1] Sim	
[2] Não	
170a. Outro motivo da transferência do CO para UNEO (descrever)	
[77] Não se aplica (bebê foi para UIO)	
<input type="checkbox"/>	
171a. O RN necessitou ser transferido da UIO para UNEO	
[1] Sim *	<input type="checkbox"/>

[2] Não	
<p>[77] Não se aplica (questões 172a a 177a - bebê NÃO foi transferido do UIO para UNEO)</p> <p>Se sim, qual o motivo da transferência da UIO para UNEO</p> <p>172a. Desconforto respiratório</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p> <p>173a. Infecção</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p> <p style="text-align: center;"> _ </p> <p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>174a. Hipoglicemia</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>175a. Investigação de sepse neonatal</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>176a. Icterícia</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>177a. Outro motivo da transferência da UIO para UNEO (descrever)</p>	

[77] Não se aplica	_
<p>178a. RN apresentou intercorrências na UIO (não necessitou transferência)</p> <p>[1] Sim*</p> <p>[2] Não</p> <p>[77] Não se aplica (RN na UNEO)</p> <p>[77] Não se aplica (questão 179a a 183a – RN sem intercorrência)</p> <p>*Se sim, qual intercorrência?</p> <p>179a. Hipoglicemia</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p> <hr/> <p>180a. Taquipnéia</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p> <hr/> <p>181a. Hipertermia</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p> <hr/> <p>182a. Icterícia fisiológica</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p> <p style="text-align: right;"> _ </p> <p style="text-align: right;"> _ </p> <p style="text-align: right;"> _ </p> <p style="text-align: right;"> _ </p> <p style="text-align: right;"> _ </p> <p style="text-align: right;"> _ </p> <p style="text-align: right;"> _ </p>
183a. Outra intercorrência na UIO que não necessitou de transferência (descrever)	

[77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
184a. Alta hospitalar com a mãe	
[1] Sim	<input type="checkbox"/>
[2] Não	
185a. Motivo de ter ficado internado:	
[77] Não se aplica (não ficou internado)	<input type="checkbox"/>

INFORMAÇÕES OBTIDAS COM A PUÉRPERA

Dados da puérpera

186. Idade (em anos completos)	<input type="checkbox"/>	
187. Cor da pele (auto-denominada):		
[1] Branca		
[2] Preta	<input type="checkbox"/>	
[3] Parda/morena/mulata		
[4] Amarelo		
[5] Indígena		
188. Escolaridade (série/anos completos)		
[0] Sem escolaridade (menos de um ano)		
<i>Ensino Fundamental</i>	<i>Ensino Médio</i>	<i>Superior</i>
[1] 1° série [5] 5° série	[9] 1° série	[12] 1° ano

[77] Não se aplica	__
195. *Sim, qual trimestre? [1] 1º trimestre (semana 1 a 13) [2] 2º trimestre (semana 14 a 27) [3] 3º trimestre (semana 28 a 40) [77] Não se aplica (quando não usou droga)	__
196. *Se Sim, qual a frequência na semana/mês? (xx vezes na semana; xx vezes no mês). [77] Não se aplica	__
197. Fumou durante a gravidez? [1] Sim* [2] Não (pular para questão 201)	__
198. *Se sim, por quanto tempo de gestação? (xx dias; xx meses) [77] Não se aplica	__
199. *Sim, qual trimestre? [1] 1º trimestre (semana 1 a 13) [2] 2º trimestre (semana 14 a 27) [3] 3º trimestre (semana 28 a 40) [77] Não se aplica (quando não usou droga)	__
200. *Se sim, qual o número de cigarros dia/semana/mês? [77] Não se aplica	__

<p>201. Fez uso de drogas durante a gravidez?</p> <p>[1] Sim*</p> <p>[2] Não (pular para questão 206)</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>	
<p>202.* Se sim, qual droga?</p> <p>[99] Não registrado</p> <p>[77] Não se aplica (quando não usou droga)</p>		<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>203. *Se sim, por quanto tempo de gestação? (xx dias; XX meses)</p> <p>[77] Não se aplica</p>		<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>204. *Sim, qual trimestre?</p> <p>[1] 1º trimestre (semana 1 a 13)</p> <p>[2] 2º trimestre (semana 14 a 27)</p> <p>[3] 3º trimestre (semana 28 a 40)</p> <p>[77] Não se aplica (quando não usou droga)</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>	
<p>205. Qual a frequência na semana/mês? (xx vezes na semana/mês).</p> <p>[77] Não se aplica</p>		<p style="text-align: center;"> _ </p>

Informações do pré-natal

<p>206. Data da última menstruação</p> <p>[88] Não souber informar (Registrar 88 88 88)</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ / _ _ / _ _ </p>
<p>207. Existem consultas que não foram registradas na carteira pré-natal? (1= uma consulta não registrada. 77=não se aplica/todas consultas registradas)</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>208. Local de realização do pré-natal</p>	

[1] Todo no Sistema Único de Saúde (SUS)	__
[2] Todo em prestadora de saúde privada (Convênio)	
[3] Todo por custeio próprio (Particular)	
[4] SUS + Convênio	
[5] SUS + Particular	
[6] Convênio + Particular	

História Obstétrica

[77] Não se aplica (Historia patológica obstétrica pregressa para PRIMIGESTAS)

História patológica obstétrica PREGRESSA	
(LER ALTERNATIVAS!)	
209. Ameaça de parto prematuro	
[1] Sim	__
[2] Não	
210. Ameaça de aborto	
[1] Sim	__
[2] Não	
211. Amniorexe prematura	
[1] Sim	__
[2] Não	
212. Cerclagem uterina	
[1] Sim	__
[2] Não	

História patológica obstétrica ATUAL	
(LER ALTERNATIVAS!)	
209a. Ameaça de parto prematuro	
[1] Sim	__
[2] Não	
210a. Ameaça de aborto	
[1] Sim	__
[2] Não	
211a. Amniorexe prematura	
[1] Sim	__
[2] Não	
212a. Cerclagem uterina	
[1] Sim	__
[2] Não	

213. Descolamento prematuro de placenta [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
214. Diabetes gestacional [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
215. Estreptococo B [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
216. Gemelaridade [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
217. HIV/AIDS [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
218. Hiperemese gravídica [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
219. Isoimunização Rh [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
220. Infecção urinária [1] Sim	<input type="checkbox"/>

213a. Descolamento prematuro de placenta [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
214a. Diabetes gestacional [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
215a. Estreptococo B [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
216a. Gemelaridade [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
217a. HIV/AIDS [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
218a. Hiperemese gravídica [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
219a. Isoimunização Rh [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
220a. Infecção urinária [1] Sim	<input type="checkbox"/>

[2] Não	
221. Oligoâmnio	
[1] Sim	___
[2] Não	
222. Polidrâmnio	
[1] Sim	___
[2] Não	
223. Placenta prévia	
[1] Sim	___
[2] Não	
224. Restrição de crescimento intrauterino	
[1] Sim	___
[2] Não	
225. Sífilis	
[1] Sim	___
[2] Não	
226. Síndromes hipertensivas	
[1] Sim	___
[2] Não	
227. Trabalho de parto prematuro	
[1] Sim	___
[2] Não	
228. Anemia	

[2] Não	
221a. Oligoâmnio	
[1] Sim	___
[2] Não	
222a. Polidrâmnio	
[1] Sim	___
[2] Não	
223a. Placenta prévia	
[1] Sim	___
[2] Não	
224a. Restrição de crescimento intrauterino	
[1] Sim	___
[2] Não	
225a. Sífilis	
[1] Sim	___
[2] Não	
226a. Síndromes hipertensivas	
[1] Sim	___
[2] Não	
227a. Trabalho de parto prematuro	
[1] Sim	___
[2] Não	
228a. Anemia	

[1] Sim <input type="checkbox"/>
[2] Não <input type="checkbox"/>
229. Outro:

[1] Sim <input type="checkbox"/>
[2] Não <input type="checkbox"/>
229a. Outro:

Conhecimento da puérpera acerca dos tipos de parto

230. Qual tipo de parto você desejava? [1] Via vaginal [2] Cesariana [3] Via vaginal com uso de Fórceps [88] Não soube informar	<input type="checkbox"/>
231. Qual o motivo pela preferência por este tipo de parto? [77] Não se aplica (quando não soube informar o tipo de parto desejado) <input type="checkbox"/>	
232. Durante o pré-natal você recebeu orientação sobre os tipos de parto? [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica [88] Não soube informar	<input type="checkbox"/>
233. Você foi questionada sobre o tipo de parto que desejava? [1] Sim [2] Não [88] Não soube informar	<input type="checkbox"/>
234. Você acha que participou da decisão sobre o tipo de parto atual?	

<p>(explicar se foi discutido sobre os possíveis tipos de parto)</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p> <p>[88] Não soube informar</p>	<p> __ </p>
<p>235. Sabe se existem riscos <u>para a sua saúde</u> relacionados ao tipo de parto o qual foi submetida? (ler alternativas)</p> <p>[1] Sim, acho que tem riscos</p> <p>[2] Acho que não tem riscos</p> <p>[88] Não soube informar (não sabe se tem riscos)</p>	<p> __ </p>
<p>236. Se sim, quais os riscos para a sua saúde?</p> <p>[77] Não se aplica</p> <p>[88] Não soube informar</p>	
<p>237. Sabe se existem riscos <u>para a saúde de seu bebê</u> relacionado ao tipo de parto o qual foi submetida? (ler alternativas)</p> <p>[1] Sim, acho que tem riscos</p> <p>[2] Acho que não tem riscos</p> <p>[88] Não soube informar (não sabe se tem riscos)</p>	<p> __ </p>
<p>238. Se sim, quais os riscos para a saúde de seu bebê?</p> <p>[77] Não se aplica</p> <p>[88] Não soube informar</p>	

Uso de métodos não farmacológicos durante o trabalho de parto

<p>239. Durante o trabalho de parto utilizou métodos não</p>	<p> __ </p>
--	-------------

<p>farmacológicos para aliviar a dor? (banho terapêutico, bola, cavalinho, massagem, banqueta, movimento de balanço do quadril)</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p> <p>[77] Não se aplica (parto de urgência, eletivo ou foi direto para sala de parto/cesárea).</p>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Só para quem teve CESARIANA OU FÓRCEPS

[77] Não se aplica

<p>240. Se cesariana/fórceps. Foi informada sobre a indicação?</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p> <p>[88] Não soube informar</p>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Só para quem teve CESARIANA

[77] Não se aplica (da questão 241 a 267 - teve outro tipo de parto)

<p>241. Em que momento foi decidido que seu parto seria cesariana? (ler as alternativas)</p> <p>[1] No pré-natal (eletivo)</p> <p>[2] Na admissão (emergência obstétrica/foi direto para sala cesárea)</p> <p>[3] No pré-parto</p> <p>[4] Já na sala de parto</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Qual foi o motivo da cesariana?</p> <p>242. Você queria fazer cesárea</p>	

<p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>243. Você queria ligar as trompas</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>244. O bebê tinha circular de cordão (enrolado no cordão)</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>245. Você já tinha <u>uma</u> cesárea anterior</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>246. Você já tinha <u>duas ou mais</u> cesáreas anteriores</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>247. O bebê estava sentado</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>248. O bebê estava atravessado</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>249. O bebê era grande/ não tinha passagem/não teve dilatação/ bebê não desceu / não encaixou</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>

250. Havia pouco líquido amniótico/ placenta velha [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
251. Você não queria sentir a dor do parto normal [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
252. O bebê estava crescendo pouco ou parou de crescer [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
253. O bebê entrou em sofrimento [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
254. Passou da hora/do tempo [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
255. A bolsa rompeu [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
256. Grávida de gêmeos (dois ou mais) [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
257. Pressão alta [1] Sim	<input type="checkbox"/>

[2] Não	
258. Hemorragia [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
259. Diabetes [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
260. Medo de falta de vaga para internação [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
261. Medo da violência na cidade [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
262. Pós-maturidade (o bebê passou do tempo) [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
263. Morte fetal [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
264. Cirurgia ginecológica prévia (plástica perineal, miomectomia) [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
265. Placenta baixa (prévia)	

[1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
266. Falha de indução/ a indução não funcionou [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
267. Outro motivo? (descrever)	

Informações sobre o período pós-parto - puerpério

268. Teve acompanhante no primeiro dia pós-parto na UIO? [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
269. Teve dor no primeiro dia pós-parto? [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
270. Local(ais) da dor. Descrever [88] Não soube informar [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
271. Qual intensidade da dor de um modo geral no primeiro dia pós-parto (classificar de zero a 10) [77] Não se aplica (quando não teve dor)	<input type="checkbox"/>
272. No primeiro dia pós-parto você teve dificuldade para sair do leito? (Ex. Ir até a cadeira)	


<p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>273. No primeiro dia pós-parto você teve dificuldade para andar?</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>274. No primeiro dia pós-parto você teve dificuldade (física) para cuidar de seu bebê? (trocar fraldas, atender choro)</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>275. No primeiro dia pós-parto você teve dificuldade para amamentar? (Não perguntar para mulheres que não podem amamenta)</p> <p>[1] Sim*</p> <p>[2] Não</p> <p>[77] Não se aplica (mãe não pode amamentar; RN não pode mamar-UNEO)</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>[77] Não se aplica (da questão 276 a 281 - NÃO teve dificuldade para amamentar)</p> <p>*Se sim, qual o motivo?</p> <p>276. Bebê não pegou o peito</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p> <p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>277. Não conseguia posicionar o bebê</p> <p>[1] Sim</p>	

[2] Não	_
<p>278. Não conseguia me posicionar bem, pois tinha dor</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	_
<p>279. Em função da anatomia mamilar (planos, curtos/semi-protrusos, umbilicados/invertidos)</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	_
<p>280. Trauma mamilar (eritema, edema, fissuras, bolhas, “marcas” brancas, amarelas ou escuras, hematomas ou equimose)</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	_
281. Outra dificuldade para amamentar? (descrever)	
<p>282. Apresentou algum sintoma/problema físico e/ou emocional no pós-parto? (dar exemplos)</p> <p>[1] Sim*</p> <p>[2] Não</p>	_
<p>[77] Não se aplica (da questão 283 a 292 – não apresentou outro sintoma/problema)</p>	_

*Se sim, qual?	
283. Náusea	
[1] Sim	<input type="checkbox"/>
[2] Não	
<hr/>	
284. Vômito	
[1] Sim	
[2] Não	<input type="checkbox"/>
<hr/>	
285. Tontura	
[1] Sim	
[2] Não	<input type="checkbox"/>
286. Falta de ar	
[1] Sim	<input type="checkbox"/>
[2] Não	
<hr/>	
287. Coceira pelo corpo	
[1] Sim	<input type="checkbox"/>
[2] Não	
<hr/>	
288. Ansiedade	
[1] Sim	<input type="checkbox"/>
[2] Não	
<hr/>	
289. Irritação	
[1] Sim	<input type="checkbox"/>
[2] Não	
<hr/>	
290. Tristeza	
[1] Sim	<input type="checkbox"/>

[2] Não	
291. Choro	
[1] Sim	__
[2] Não	
292. Outro sintoma/problema? (descrever)	
293. Você acha que sua recuperação após o parto foi:	
[1] Rápida	
[2] Lenta	__
[3] Dentro do esperado	
[88] Não soube informar	

ANEXO B – Parecer da Comissão de Pesquisa de Enfermagem



Linhas de Pesquisa

Projetos de Pesquisa

Áreas de Atuação

Bolsas de Pesquisa

Programa de Iniciação Científica Voluntária

Programa de Fomento à Pesquisa (auxílio)

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Helga Geremias Gouveia

Situação de projeto de pesquisa em comissão de avaliação

Projeto Nº: 23998

Título: FATORES ASSOCIADOS A REALIZACAO DE CESARIANA EM HOSPITAL UNIVERSITARIO

Projeto aprovado em 14/11/2012 pela COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM

[Vizualizar Parecer](#)

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 120466

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

HELGA GEREMIAS GOUVEIA
ANNELISE DE CARVALHO GONCALVES
SARA OLIVEIRA PINHEIRO
BRUNA ALIBIO MORAES
JULIANA MANERA SARAIVA
JESSICA KASPER FERNANDES
FERNANDA PIRES WEBSTER

Título: FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DE CESARIANA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO


Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 31 de janeiro de 2013.

Prof. Flávio Kapczinski
Coordenador GPPG/HCPA

ANEXO D – Parecer da Comissão de Pesquisa de Enfermagem



Linhas de Pesquisa
Projetos de Pesquisa
Áreas de Atuação
Bolsas de Pesquisa
Programa de Iniciação Científica Voluntária
Programa de Fomento à Pesquisa (auxílio)

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Helga Geremias Gouveia

Situação de projeto de pesquisa em comissão de avaliação

Projeto Nº: 26202

Título: O CONSUMO DE DROGAS LICITAS E/OU ILICITAS NA GESTACAO; REPERCUSSOES SOBRE O BINOMIO MAE-BEBE

Projeto aprovado em 20/01/2014 pela COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM

[Visualizar Parecer](#)

Projeto não encaminhado ao comitê de ética

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa “Fatores associados à realização de cesariana em hospital universitário” de responsabilidade de pesquisadoras da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O estudo pretende analisar os fatores associados à realização de cesariana em um hospital universitário da cidade de Porto Alegre/RS.

A sua participação poderá contribuir para a melhoria do atendimento, e não envolve procedimentos invasivos que possa oferecer riscos à sua saúde física, a não ser a aplicação de um questionário, podendo haver algum desconforto com o tempo estimado para a entrevista ou devido a alguma pergunta realizada.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre você e seu bebê, informações do seu pré-natal, da admissão no centro obstétrico, intervenções realizadas durante o trabalho de parto, dados do parto e do recém-nascido e de seu conhecimento sobre os tipos de parto e ainda consultar algumas informações na sua carteira pré-natal, em seu prontuário e de seu bebê sobre o parto e nascimento. As respostas serão anotadas em um formulário em papel. Esta entrevista terá uma duração em torno de 15 minutos.

Tudo que for dito será confidencial e o seu nome não será divulgado. Os resultados do estudo serão apresentados de forma que não seja possível identificar as pessoas que dele participaram e as informações aqui obtidas serão utilizadas apenas para esta pesquisa. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou até desistir de participar, se assim desejar, sem qualquer prejuízo na sua relação com este hospital.

É importante lhe informar que não haverá nenhuma forma de reembolso financeiro, já que com a participação na pesquisa você não terá nenhum gasto. Este documento será feito em duas vias iguais, sendo lhe entregue uma delas, caso você aceite participar da pesquisa.

Em caso de dúvida ou novas perguntas, entrar em contato com a pesquisadora responsável: Profa Helga Geremias Gouveia pelo telefone (51) 3308-5422, email: helga.gouveia@ufrgs.br e endereço: Escola de Enfermagem - Rua São Manoel, 963, Bairro Santa Cecília – Porto Alegre. Pesquisadoras: Annelise de Carvalho Gonçalves, Bruna Alibio Moraes, Jéssica Kasper Fernandes e Juliana Manera Saraiva. Telefone: (51) 3308-5428.

Em caso de dúvidas quanto a questões éticas, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo telefone (51) 3359-8304.

() Eu declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, desta pesquisa.

Nome da entrevistada: _____

Assinatura da entrevistada: _____

Nome do responsável no caso de menor de 18 anos: _____

Assinatura do responsável no caso de menor de 18 anos: _____

Nome do pesquisador (entrevistador): _____
Assinatura do pesquisador (entrevistador): _____

Porto Alegre, _____ / _____ / _____