



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**FATORES DE RISCO PARA *NEAR MISS NEONATAL* DE MÃES ADOLESCENTES
EM UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO**

REBECA YASMIN RIBEIRO VIEIRA

Aracaju/SE

2018

REBECA YASMIN RIBEIRO VIEIRA

**FATORES DE RISCO PARA *NEAR MISS NEONATAL* DE MÃES ADOLESCENTES
EM UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina como requisito parcial para a obtenção do título de graduação no curso de Medicina pela Universidade Federal de Sergipe.

Orientadora: Prof^ª. MSc. Thaís Serafim Leite de Barros Silva

Aracaju/SE

2018

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**FATORES DE RISCO PARA *NEAR MISS NEONATAL* DE MÃES ADOLESCENTES
EM UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina como requisito parcial para a obtenção do título de graduação no curso de Medicina pela Universidade Federal de Sergipe.

Autora: Rebeca Yasmin Ribeiro Vieira

Orientadora: Profa. MSc. Thaís Serafim Leite de Barros Silva

Aracaju/SE

2018

REBECA YASMIN RIBEIRO VIEIRA

**FATORES DE RISCO PARA *NEAR MISS NEONATAL* DE MÃES ADOLESCENTES
EM UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina como requisito parcial para a obtenção do título de graduação no curso de Medicina pela Universidade Federal de Sergipe.

Aprovado em: ____/____/____

1º examinador

2º examinador

3º examinador

DEDICATÓRIA

Às mães adolescentes e seus filhos near miss. Que essa pesquisa possa melhorar a qualidade da assistência à saúde materna e neonatal.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha família, em especial minha mãe, por ter sido o meu maior exemplo de força e por ter me apoiado em todas as noites de estudo, me incentivando e me fazendo acreditar que eu sempre posso mais.

À minha orientadora, Professora Thaís Serafim, por todo conhecimento passado com carinho e atenção e por ter me recebido em sua pesquisa.

Aos colegas e membros do grupo de pesquisa Near Miss, em especial Luis Fabiano, Fernanda Simões, Rafael Rocha, Thayana Santos Luiz Vinicius, Nicolas Magno.

Aos colegas de curso que me acompanharam nessa jornada, especialmente José Gilmar que tanto me ouviu e me aconselhou.

À mães adolescentes da Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, por terem me oferecido seu tempo e atenção para que essa pesquisa pudesse ser realizada.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DATASUS: Departamento De Informática Do Sistema Único de Saúde

IG: Idade Gestacional

ITU: Infecção do Trato Urinário

NMM: Near Miss Materno

NMN: *Near Miss Neonatal*

OMS: Organização Mundial de Saúde

PNDS: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

RN: Recém-nascido

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TPP: Trabalho de Parto Prematuro

UFS: Universidade Federal de Sergipe

UI: Unidade Intermediaria

UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Características da gestação e parto das mães adolescentes dos casos e dos controles de *Near Miss Neonatal* em uma Maternidade de Alto Risco, Aracaju/SE, setembro/2014 a março 2015.

TABELA 2. Características sociodemográficas das mães adolescentes dos casos e dos controles de *Near Miss Neonatal* em uma Maternidade de Alto Risco, Aracaju/SE, setembro/2014 a março 2015.

TABELA 3. Características dos hábitos e vícios das mães adolescentes dos casos e dos controles de *Near Miss Neonatal* em uma Maternidade de Alto Risco, Aracaju/SE, setembro/2014 a março 2015.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Distribuição da frequência relativa de gravidez com idade materna entre 10 e 19 anos sobre o total de gestantes no estado de Sergipe, entre 2008 e 2017.

GRÁFICO 2. Distribuição da frequência relativa de mortalidade sobre a mortalidade infantil no Brasil, entre 2006 e 2016.

SUMÁRIO

I – REVISÃO DE LITERATURA	11
1. ADOLESCÊNCIA	11
2. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	12
3. NEAR MISS NEONATAL	16
4. REFERÊNCIAS	19
II – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO	26
III- ARTIGO CIENTÍFICO	34
RESUMO	35
ABSTRACT	36
INTRODUÇÃO	37
MÉTODOS	39
RESULTADOS	42
DISCUSSÃO	44
REFERÊNCIAS	46
TABELAS	50
IV – ANEXOS	53
ANEXO A	53
ANEXO B	54

I – REVISÃO DE LITERATURA

Gravidez na adolescência e o acontecimento de intercorrências neonatais que colocam o recém-nascido em risco possuem uma relação conceitual entre si. Saber o que se define como adolescência pode ajudar a compreender as causas e os fatores relacionados à o acontecimento de gestação durante esse período, bem como os riscos que isso pode causar para o recém-nascido. O estudo conjunto dessas entidades pode ajudar a prevenir desfechos desfavoráveis tanto para a mãe quanto para o recém nato.

1. Adolescência

O período da adolescência pode ser classificado segundo diversos critérios. Entre esses critérios estão principalmente o critério biológico e a maturidade intelectual. Na Reunião sobre Gravidez e Aborto na Adolescência, em 1974, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu adolescência sob três critérios principais: o aparecimento de caracteres sexuais secundários até a maturidade sexual, a evolução de processos psicológicos e formas de identificação do indivíduo da fase infantil para a adulta, e a transição da dependência econômica total para outro um tipo de relativa dependência. Cronologicamente, a adolescência foi definida como a segunda década de vida, sendo esta dividida entre adolescência precoce (10 a 14 anos) e tardia (15 a 19), esta última considerada como adolescência “propriamente dita”.

A definição de adolescência feita pela OMS em 1974 é efetiva no que se propõe: ser sucinta, direta e prática no conceito. Entretanto, como mostra Ana Bock em 2007, esse período da vida do ser humano tem ganhado cada vez mais espaços em escolas de Psicologia, onde se vem tentando entender melhor as nuances da transição da infância para a vida adulta, mais do que somente uma separação cronológica, oferecendo ferramentas para pais e gestores poderem auxiliar o indivíduo nessa fase.

Nas últimas décadas, a adolescência chegou a ser definida por Erickson em 1976, como um momento em que há uma dificuldade de identificação própria entre comportamentos e sentimentos que ficam entre a infância e a vida adulta. Em 1989, Aberastury e Knobel trouxeram um conceito de “síndrome normal da adolescência”, onde os autores descrevem nove características que segundo eles estão intimamente relacionadas com esse período, entre algumas dessas características destacam-se atitude social reivindicatória, manifestação da evolução sexual e contradições sucessivas. No ano de 1995, Levinsky acrescenta a esses

conceitos a visão que a sociedade tem sobre o indivíduo nesse período e a maneira como ele é representado, trazendo para o debate a ideia de que em sociedades de séculos passados, a adolescência era acelerada, pois os indivíduos deveriam assumir papéis de adultos já muito cedo, enquanto que nas últimas décadas a adolescência tem sido entendida como um período maior, com maior compreensão dos conflitos e dramas dessa fase.

Entre os inúmeros conceitos de adolescência, um que não pode deixar de ser citado é o de Hall e Galantin (1978) que colocam o surgimento da sexualidade como o centro de todas as perturbações do período. Segundo eles, a evolução sexual psíquica impulsiona comportamentos conflituosos, aumentando também a vulnerabilidade a mudanças repentinas de humor e percepção do mundo.

2. Gravidez na adolescência

A gravidez na adolescência merece atenção especial por se tratar de uma condição fisiológica capaz de acarretar consequências sociais, psicológicas e médicas. O estudo dessas consequências, bem como do contexto em que elas ocorrem, se faz essencial tendo em vista que um terço da população mundial é composta por adolescentes que contribuem substancialmente para o aumento das taxas de fecundidade e mortalidade materna e infantil (MELHADO et al, 2008).

Estudos demonstram que filhos de mães adolescentes apresentam, entre outros fatores, maior índice de mortalidade no primeiro ano de vida quando comparados com filhos de mães não-adolescentes, especialmente devido a influências de fatores psicossociais. Essa diferença entre mães adolescentes e não adolescentes é ainda maior quando se trata de óbito no período pós-neonatal do que no período neonatal. Esse dado pode ser justificado pela imaturidade da mãe que refletiria em maior dificuldade de estabelecer ligação afetiva com seu filho, entretanto as causas ainda não estão muito bem esclarecidas. (OLIVEIRA; GAMA; SILVA, 2010).

Um dado interessante encontrado na literatura também mostra uma relação inversamente proporcional entre a idade da mãe e maiores riscos durante a gestação (especialmente se idade inferior a 16 anos). Essas adolescentes possuem maiores chances de nova gestação ainda no período da adolescência, o que gera ainda mais vulnerabilidade (SILVA et al., 2013).

Durante um estudo sobre a gravidez na adolescência, além dos fatores de risco associados, é importante também entender as percepções dessas mães a respeito de sua atual condição, o

que pode servir para direcionar ações voltadas não só para a prevenção da gravidez na adolescência, mas também para o cuidado dessas jovens mães. Em 2017, no em estudo que trata realidades e perspectivas de mães adolescentes acerca da primeira gravidez, Santos e colaboradores trazem, além de uma análise epidemiológica acerca dessas adolescentes, também suas visões e ideias do porquê terem engravidado tão jovens e o que esperam para seu futuro.

Em seus resultados, Santos mostra que 60% das meninas entrevistadas engravidaram entre 12 e 14 anos de idade, ainda no que a OMS chama de adolescência precoce, além de ter mostrado que todas eram estudantes, mas que 66,7% dessas meninas acabaram abandonando os estudos por conta da gestação.

Apesar dos resultados epidemiológicos serem extremamente relevantes, as narrativas das adolescentes é o que nos mostra da maneira mais crua como pensam e o que pensam essas meninas, podendo direcionar políticas que conversem mais com elas, dentro de seu contexto e entendendo sua realidade. Dentre os motivos relatados, elas falaram sobre o esquecimento da anticoncepção, a pressão do parceiro para realização do ato (inclusive sem proteção), o medo dos pais descobrirem o início da vida sexual, além da falta de informação acerca de métodos de prevenção da gravidez (SANTOS et al 2017).

Outro dado interessante é a responsabilidade imediata assumida por essas jovens, o que o autor aponta como uma das justificativa do abandono dos estudos. Muitas delas decidem parar de estudar por não terem uma rede de apoio que as ajude a cuidar do filho ou por sentirem que deve ser o caminho a seguir e que esta é a única saída, sendo que muitas encaram essa interrupção de seus projetos de vida como um aprendizado (SANTOS et al 2017). Foi demonstrado também que a maioria dessas mães não retomam os estudos após essa interrupção (NERY et al., 2011).

Quanto ao início da atividade sexual, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006 mostrava que 33% das mulheres tiveram relação sexual até os 15 anos de idade, um valor três vezes maior do que o encontrado em 1996. Um estudo mais recente, realizado por Tronco et al. (2012) traz resultado que mostra a ascensão do número de meninas que iniciaram atividade sexual antes dos 15 anos, ainda que esse número sempre se mostre inferior ao dos meninos. O mesmo resultado foi encontrado por Lins et al. (2017) que ainda traz a pressão do companheiro para coitarca precoce nas meninas, além do sentimento de medo e nervosismo presentes na primeira relação.

Partindo daí estudos demonstram que a maioria dos adolescentes iniciam a atividade sexual sem proteção (VIEIRA et al., 2006), dado que é notado quando se analisa a idade da primeira relação sexual entre mães adolescentes, mostrando que estas iniciam a vida sexual mais cedo (AMORIM et al., 2009). Além da ausência de proteção, o início precoce da atividade sexual também parece estar relacionado a comportamentos considerados de risco à saúde, especialmente o uso experimental de álcool e cigarro, episódios de embriaguez e uso de drogas ilícitas, demonstrado por Gonçalves et al. (2015). Resultados semelhantes foram encontrados por Aerts et al. (2014), com a diferença apenas no fato do uso de drogas ilícitas não ter se mostrado com a mesma relevância.

Em seu trabalho realizado com mães adolescentes entre 1999 e 2001 Sabroza et al. notou que além dos fatores comportamentais a maioria dessas mães eram da cor parda ou negra, e que mais de 90% dessas mães não exerciam atividade remunerada, sendo esse número mais expressivo entre as gestantes mais jovens. Nesse último aspecto o autor aponta a dependência financeira como um importante fator de exposição a riscos sociais, notando também que parte dessas gestantes se encontram em união estável com parceiro que também não exerce atividade remunerada, o que agrava ainda mais a situação. Esses resultados são os mesmos encontrados por Araujo e Mandú (2016).

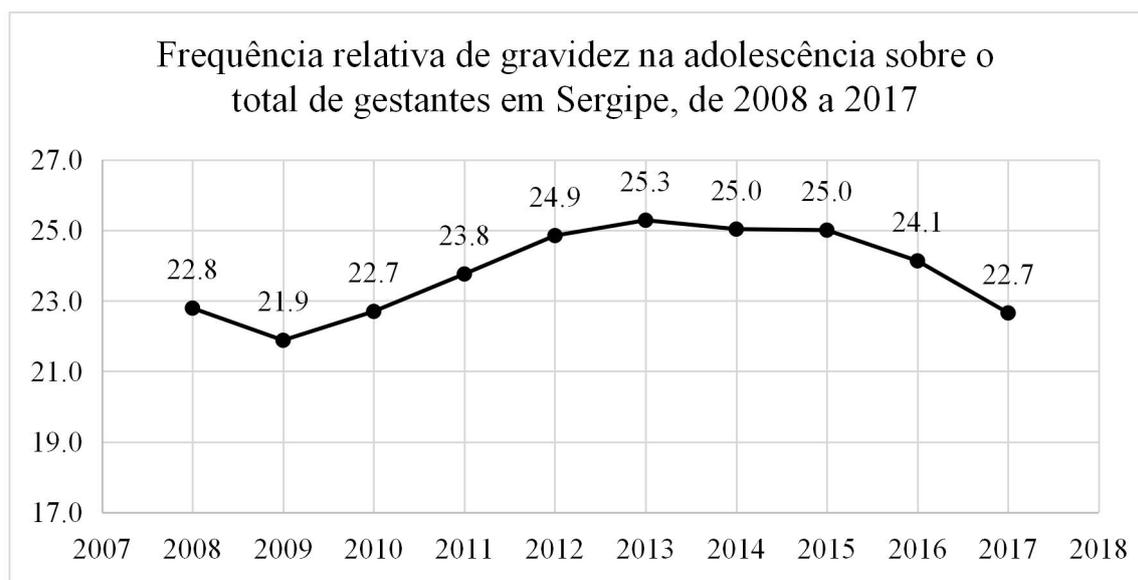
É notável também a relação entre o nível de escolaridade com maior chance da ocorrência de gravidez na adolescência, sendo o maior aparecimento de gravidez nessa etapa da vida em adolescentes com média de 4 a 7 anos de estudo (ensino fundamental incompleto), associado a um nível de escolaridade inadequado para a idade (NERY et al., 2011) com diferença significativa entre as meninas com renda familiar até 5 salários mínimos e renda inferior a esse valor, mostrando que a condição socioeconômica da família influencia diretamente na rede de cuidados necessários nessa condição, (TABORDA et al., 2014).

Os riscos de uma gravidez na adolescência ocorrem a curto e a longo prazo, podendo ser físicos, emocionais e sociais. Em curto prazo, destacam-se os relacionados com o período gravídico puerperal associados com a anemia, desenvolvimento pélvico incompleto, nascimento de crianças de baixo peso para a idade gestacional, precária assistência pré-natal e ao parto (CANNON, 1998), além de prematuridade, escore de apgar < 7 e menos de 6 consultas no pré-natal (GAMA et al., 2001). Alguns trabalhos mais recentes apontam que esses riscos estão mais relacionados ao contexto socioeconômico da mãe do que a idade

materna em si (TABORDA et al., 2014), mostrando que a adolescência sozinha não está necessariamente implicada com maior risco puerperal (MARTÍNEZ et al., 2015).

Quando se trata de epidemiologia, segundo o Ministério da Saúde, entre 2004 e 2015, o número de gravidez na adolescência no Brasil obteve uma diminuição de 17%, sendo que as regiões Nordeste e Sudeste ocupam o primeiro lugar com 32% das gestações, seguidos da região Norte, com 14% e regiões Sul e Centro-Oeste, com 11% e 8%, respectivamente. O Ministério da Saúde ainda aponta como provável motivo para essa queda a expansão do Programa de Saúde da Família. (BRASIL, 2018a). Em Sergipe, o valor passou de 22,8% em 2008, passando por 25% em 2015 até alcançar novamente a marca de 22% entre junho de 2017 e junho de 2018 (Gráfico 1). Considerando que as internações de mulheres por conta de gravidez, parto e puerpério correspondem a 72% das internações somando todas as faixas etárias, (BRASIL, 2018b) e sendo mais de um quinto desses internamentos por gestantes entre 10 e 19 anos, a gravidez na adolescência ainda representa um importante problema de saúde pública (CABRAL, 2003). Nesse sentido, entender as condições e os fatores de risco relacionados são importantes para a formulação de ferramentas onde o gestor e o agente de cuidado da saúde possa fazer um trabalho de prevenção e acompanhamento.

Gráfico 1. Distribuição da frequência relativa de gravidez com idade materna entre 10



Sergipe, entre 2008 e 2017.

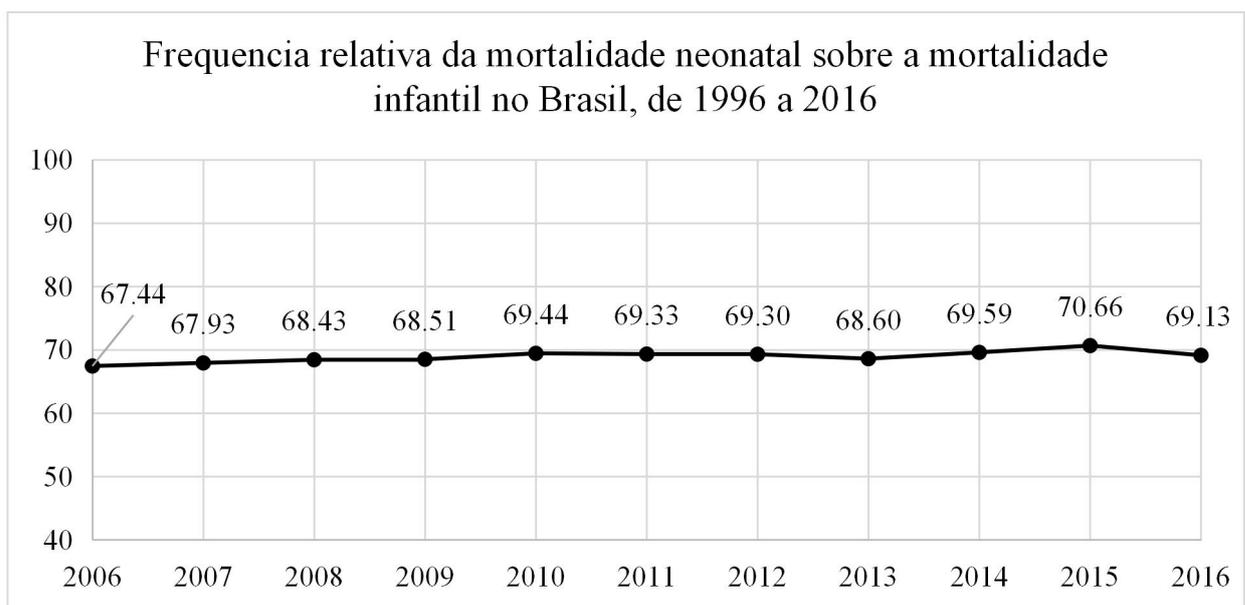
Fonte: BRASIL, 2018b

Entre as ferramentas já descritas na literatura, o formato que utiliza grupos de adolescentes para falar sobre prevenção da gravidez tem ganhado seu espaço. Ocorrendo com a iniciativa de profissionais da estratégia de saúde da família, esses grupos mostram resultados positivos, especialmente pelas jovens se sentirem mais à vontade na presença de outras meninas e mulheres de sua idade e por abrirem espaço para outras discussões, como a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (GURGEL et al., 2010).

3. *Near Miss Neonatal*

A mortalidade infantil vem caindo nos últimos anos no Brasil, no ano de 1996 foram constatados 75.024 óbitos de crianças menores de um ano, contra 36.350 em 2016. Seguindo essa mesma tendência, a mortalidade no período neonatal também vem sofrendo quedas, com 44.224 de óbitos neonatais em 1996 e 25.130 em 2016. Entretanto dentre o total de mortalidade infantil, a mortalidade neonatal mantém uma frequência relativa constante, com períodos de ascensão, chegando a representar 70% dos óbitos em crianças menores de um ano em 2015 (Gráfico 2) (BRASIL, 2018b). Esses dados mostram a importância do estudo das causas de mortalidade neonatal, pois ele representa um impacto significativo em um importante indicador de saúde da criança (BRASIL, 2018a).

Gráfico 2. Distribuição da frequência relativa de mortalidade sobre a mortalidade infantil



no Brasil, entre 2006 e 2016.

Fonte: BRASIL, 2018b

Para avaliar os fatores relacionados à mortalidade neonatal, utilizou-se do conceito de *Near Miss Neonatal*. O termo Near Miss é uma expressão muito utilizada na aviação para designar uma situação onde um acidente quase ocorreu, mas foi impedido por sorte ou algum fator externo (SANTOS et al., 2015). Com o tempo, passou a ser utilizado na medicina inicialmente para designar as mulheres que passavam por complicações no período puerperal mas que conseguiam superá-las, saindo com vida, o que passou a ser chamado de Near Miss Materno (OMS, 2011). O termo posteriormente passou a ser usado em pediatria e neonatologia para definir o recém-nascido que apresentou uma complicação grave durante os primeiros dias de vida, quase foi a óbito, mas sobreviveu durante o período neonatal. O conceito de near miss neonatal também tem sido utilizado no contexto de condições graves, tais como casos graves de icterícia, encefalopatia, ou “síndrome de quase morte súbita”, desde os anos de 1970 (SAY, 2010).

Atualmente não existe uma definição padrão com consenso internacional para os casos de *Near Miss Neonatal*, de forma que o conceito tem sido utilizado de maneira inconsistente na literatura. Em termos práticos, um caso de *Near Miss Neonatal* seria um bebê que sobreviveu a uma condição com risco de vida ao nascer ou a uma disfunção de um órgão durante o período neonatal (PILEGGI et al., 2010). Neste estudo, os autores utilizaram três critérios para definir um caso de *Near Miss Neonatal*: idade gestacional ao nascer < 30 semanas gestacionais, muito baixo peso ao nascer e escore de Apgar aos 5 minutos de vida < 7. Na pesquisa Nascer no Brasil, realizada entre 2011 e 2012 por Silva e colaboradores, algumas variáveis foram testadas quando a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e valor diagnóstico. Em seus resultados, o estudo mostrou que a prematuridade extrema (idade gestacional inferior a 32 semanas), muito baixo peso ao nascer (inferior a 1500 gramas) e escore de Apgar inferior a 7 no quinto minuto possuem sensibilidade, especificidade, valor preditivo negativo e valor diagnóstico maiores que 90%, mostrando que esses critérios podem ser usados para avaliação do risco neonatal.

Devido à falta de uma rigidez nos critérios para *Near Miss Neonatal*, outros parâmetros podem ser utilizados baseados na associação com a taxa de mortalidade neonatal, como o uso de ventilação mecânica, surfactante, presença de malformação congênita, além da utilização

da medida de prematuridade extrema (inferior à 32 semanas gestacionais) (LANSKY et al, 2014).

Em 2017, Kale PL et al. fizeram uma avaliação dos critérios para Near Miss Neonatal descritos na literatura, mais especificamente a definição de Pileggi et al (peso ao nascer < 1.500 gramas ou idade gestacional < 30 semanas ou escore de Apgar < 7 no quinto minuto) Pileggi-Castro et al. (peso ao nascer < 1.750 gramas ou IG < 33 semanas ou escore de Apgar < 7 no quinto minuto), Souza et al. (peso ao nascer < 1.500 gramas ou idade gestacional < 31 semanas ou escore de Apgar < 5 no quinto minuto) e Silva et al. (peso ao nascer < 1.500 gramas ou IG < 32 semanas ou escore de Apgar < 7 no quinto minuto).

Em seus resultados, o estudo referenciado acima mostrou que não há diferença estatística entre os pontos de corte utilizados por esses autores. Apesar disso, os autores avaliaram que a utilização de idade gestacional inferior a 32 semanas pode ser mais adequada que as demais, por incorporar entidades nosológicas de períodos distintos da gestação. Quanto ao escore de apgar e ao peso ao nascer os autores concluíram que o ponto de corte mais adequado pode ser o que usa peso ao nascer inferior a 1750 gramas e escore de apgar inferior a 7 no quinto minuto.

4. REFERÊNCIAS

1. ACOSTA, Daniele Ferreira et al. Influências, crenças e práticas no autocuidado das puérperas. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 46, n. 6, p.1327-1333, dez. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342012000600007>.
2. AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro et al . Fatores associados ao início da vida sexual ativa de escolares em uma cidade do sul do Brasil. **Aletheia**, Canoas , n. 45, p. 87-100, dez. 2014 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000200007&lng=pt&nrm=iso>.
3. AGUIAR, W. M. J., Bock A. M. B., & Ozella S. (2001). A Orientação Profissional com Adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. Em A. M. B. Bock, M. G. M. Gonçalves & O. Furtado (Orgs.) *Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em psicologia* (pp. 163-178). São Paulo: Cortez
4. AMORIM, Melania Maria Ramos et al. Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [s.l.], v. 31, n. 8, p.404-410, ago. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-72032009000800006>.
5. ARAUJO, Nayara Bueno de; MANDÖ, Edir Nei Teixeira. Produção de sentidos entre adolescentes sobre o cuidado de si na gravidez. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 20, n. 57, p.363-375, 16 fev. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0301>.

6. BATTAGLIA FC, LUBCHENCO LO: A practical classification of newborn infants by weight and gestational age. *J Pediatr* 1967; 71:159-163. http://www.fmed.uba.ar/depto/alim_n_sano/Lubchanco%20classification_of_newborns-boysgirls.pdf
7. BOCK, Ana Mercês Bahia. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Psicologia Escolar e Educacional**, [s.l.], v. 11, n. 1, p.63-76, jun. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-85572007000100007>.
8. BRASIL. Indicadores e Dados Básicos Brasil 2011. IDB-2011 [website] <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/matriz.htm#mort>. Acesso: 25/10/2013.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
11. BRASIL; DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS – DATASUS. Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade: banco de dados. Disponível em < www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205 > Acesso em ago. 2018b
12. BRASIL; DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS – DATASUS. Informações de Saúde, Estatísticas Vitais: banco de dados. Disponível em < www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205 > Acesso em ago. 2018c
13. BRASIL; Ministério da Saúde. Saúde para você. Disponível em < portalms.saude.gov.br/saude-para-voce > Acesso em ago. 2018a
14. CABRAL, Cristiane S. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde**

- Pública**, [s.l.], v. 19, n. 2, p.283-292, 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2003000800010>.
15. CANNON, L. R. C. Prefácio. In: Seminário Gravidez na adolescência Vieira, E. M.; Fernandes, M. E. L.; Bailey P.; Mckay, A. (org). Rio de Janeiro: USAID, 1998.
16. COATES, V.; SANT'ANNA, M. J. C. In; Sexualidade e Saúde Reprodutiva na Adolescência. São Paulo: Atheneu, 2001. (Série atualizações Pediátricas).
17. DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.169-181, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00154213>.
18. ERICKSON, E. (1976). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar.
19. GALLATIN, J.E. *Adolescência e individualidade: uma abordagem conceitual da Psicologia da adolescência*. São Paulo: Harper & Row do Brasil Ltda, 1978.
20. GAMA, Silvana Granado Nogueira da et al. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998*. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 35, p.74-80, jan. 2001.
21. GONCALVES, Helen et al. **Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde**. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2015, vol.18, n.1, pp.25-41. ISSN 1980-5497. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010003>.
22. GONZAGA, Isabel Clarisse Albuquerque et al. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 6, p.1965-1974, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.06162015>.
23. GUIMARÃES, A. M. d'A. N.; BETTIOL, H.; SOUZA, L. ; GURGEL, R. Q.; ALMEIDA, M. L. D.; RIBEIRO, E.R.O.; GOLDANI, M. Z.; BARBIERI, M.A. (2013). Is adolescent pregnancy a risk factor for low birth weight?. *Rev Saúde Pública*,

- 47(1), 11-19. Retrieved April 21, 2014, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100003&lng=en&tlng=en. 10.1590/S0034-89102013000100003.
24. GURGEL, Maria Glêdes Ibiapina et al. Desenvolvimento de habilidades: estratégia de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 31, n. 4, p.640-646, dez. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1983-14472010000400005>.
25. KALE PL, Jorge MHPM, Laurenti R, Fonseca SC, Silva KS. Critérios pragmáticos da definição de near miss neonatal: um estudo comparativo. **Rev Saude Publica**. 2017;51:111.
26. KILSZTAJN, S.; ROSSBACH, A.; NUNES DO CARMO, M. S.; SUGAHARA, G.T.L. Prenatal care, low birth weight and prematurity in São Paulo State, Brazil 2000. *Rev Saúde Pública*, v.37, n.3, p. 303-10, 2003.
27. LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.17-32, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00151513>.
28. LEITE, I.C.; RODRIGUES, R.N.; FONSECA, M.C. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões sudeste e nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 474-81, 2004.
29. LEVINSKY, D. (1995). *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
30. LINS, Laís Sandres et al. Análise do comportamento sexual de adolescentes. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [s.l.], p.47-56, 30 mar. 2017. Fundacao Edson Queiroz. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2017.p47>.

31. MACHADO, Adriana Kramer Fiala; MARMITT, Luana Patrícia; CESAR, Juraci Almeida. Late preterm birth in the far south of Brazil: a population based study. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s.l.], v. 16, n. 2, p.113-120, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000200003>.
32. MARTÍNEZ, Hugo Tapia et al. Obstetric profile of pregnant adolescents in a public hospital: risk at beginning of labor, at delivery, postpartum, and in puerperium. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 5, p.829-836, out. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0316.2621>.
33. MELHADO A, SANT'ANNA MJC, PASSARELLI MLB, COATES V. Gravidez na adolescência: apoio integral à gestante e à mãe adolescente como fator de proteção da reincidência . *Adolesc Saude*. 2008;5(2):45-51
34. NERY, Inez Sampaio et al. Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 64, n. 1, p.31-37, fev. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672011000100005>.
35. OLIVEIRA, Elaine Fernandes Viellas de; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(3):567-578, mar, 2010 567 Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 3, n. 26, p.567-578, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n3/14.pdf>
36. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. El embarazo y el aborto em la adolescência. Genebra: Informes técnicos, 1975.
37. PARTO DO PRINCÍPIO. **Dossiê Violência Obstétrica “Parirás com dor”**. CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012. Disponível em:< <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pd> f> Acesso em ago. 2018

38. PILEGGI C, SOUZA JP, CECATTI JG, FAÚNDES A. Neonatal near miss approach in the 2005 WHO Global Survey Brazil. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(1):21-26.
39. PILEGGI-CASTRO, C et al. Development of criteria for identifying neonatal near-miss cases: analysis of two WHO multicountry cross-sectional studies. **Bjog: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, [s.l.], v. 121, p.110-118, mar. 2014. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.12637>.
40. RIESCO, MLG. Nascer no Brasil “em tempo”: uma questão de hierarquia das intervenções no parto? **Cad. Saude Publica** [Internet]. 2014;30:S35–6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.
41. ROCHA, Rogéria et al. MORTALIDADE NEONATAL E EVITABILIDADE: UMA ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO. **Revista Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 19, p.114-20, mar. 2011.
42. SABROZA, Adriane Reis et al . Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil - 1999-2001. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro** , v. 20, supl. 1, p. S112-S120, 2004 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000700012&lng=en&nrm=iso
43. SANTOS, RCAN, Silva RM, Queiroz MVO, Jorge HMF, Brilhante AVM. Realities and perspectives of adolescent mothers in their first pregnancy. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018;71(1):65-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0444>
44. SAY L. Neonatal near miss: a potentially useful approach to assess quality of newborn care. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(1):1-2.
45. SILVA, Andréa de Albuquerque Arruda et al. Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controle. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 29, n. 3, p.496-506, mar. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2013000300008>.

46. SILVA, Antônio Augusto Moura da et al. Morbidade neonatal near miss na pesquisa Nascido no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.182-191, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00129613>.
47. SOUZA, João Paulo et al. The world health organization multicountry survey on maternal and newborn health: study protocol. **Bmc Health Services Research**, [s.l.], v. 11, n. 1, 26 out. 2011. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-286>.
48. TABORDA, Joseane Adriana et al. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 1, p.16-24, mar. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201400010004>.
49. TRONCO, Cristina Benites; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Caracterização do comportamento sexual de adolescentes: iniciação sexual e gênero. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Juiz de fora , v. 5, n. 2, p. 254-269, dez. 2012 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202012000200006&lng=pt&nrm=iso
50. VARGAS, Nivea Shayane Costa et al. Práticas de cuidado realizadas no período puerperal por agricultoras. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [s.l.], v. 7, n. 2, p.304-321, 11 set. 2017. Universidad Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/2179769224122>.
51. VIEIRA, Leila Maria et al. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s.l.], v. 6, n. 1, p.135-140, mar. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1519-38292006000100016>.

II – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais – [link resumo](#)).

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

A Revista adota o sistema Ephorous para identificação de plágio.

Os artigos serão avaliados preferencialmente por três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito pelo Corpo Editorial de CSP se atender aos critérios de qualidade, originalidade e rigor metodológico adotados pela revista.

Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo a publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

- 1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);
- 1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;
- 1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais – [LINK 3](#));
- 1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais – [LINK 4](#));
- 1.6 – Questões Metodológicas ([LINK 5](#)): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica ([LINK 1](#)) na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa ([LINK 2](#));
- 1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);
- 1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. Normas para envio de artigos

- 2.1** - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
- 2.2** - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.
- 2.3** - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.
- 2.4** - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.
- 2.5** - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. Publicação de ensaios clínicos

- 3.1** Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.
- 3.2** Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([ICMJE](#)) e do Workshop ICTPR.
- 3.3** As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry](#) (ANZCTR)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number](#) (ISRCTN)
- [Netherlands Trial Register](#) (NTR)
- [UMIN Clinical Trials Registry](#) (UMIN-CTR)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform](#) (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

- 4.1** Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
- 4.2** Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).
- 4.3** No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos [Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#).

Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas

especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o link “Submeta um novo artigo”.

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir

- todas as normas de publicação.
- 12.3** Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.
- 12.4** O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.
- 12.5** O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.
- 12.6** As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde ([BVS](#)).
- 12.7** *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.
- 12.8** *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.
- 12.9** Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.
- 12.10** Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.
- 12.11** O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.
- 12.12** O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
- 12.13** O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 12.14** Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".
- 12.15** *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 12.16** Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite.
- 12.17** Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 Tabelas. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do

sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema [SAGAS](#), acessando o artigo e utilizando o *link* “Submeter nova versão”.

15. Prova de prelo

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>]. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site* [<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>].

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o (a) autor(a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso *site*. Os arquivos estarão disponíveis na aba “Documentos”. Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba “Documentos”, baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (*Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições*);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba “Autores”, pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>] no prazo de 72 horas.

III- ARTIGO CIENTÍFICO

FATORES DE RISCO PARA NEAR MISS NEONATAL DE MÃES ADOLESCENTES

Rebeca Yasmin Ribeiro Vieira¹; Thaís Serafim Leite de Barros Silva¹; Eleonora Ramos de Oliveira¹; Marco Antonio Prado Nunes¹

¹Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, Sergipe, Brasil

Descritores: adolescência, gravidez na adolescência, *Near Miss*, recém-nascido prematuro

RESUMO

A gravidez na adolescência é um importante problema de saúde pública. Essa fase da vida tem sido estudada pela psicologia em especial pela obstetrícia, na busca de fatores relacionados a esse período e que influenciem as condições de nascimento. O objetivo foi analisar os fatores de risco envolvendo mães adolescentes de recém-nascidos que passaram por situação de risco de vida ao nascimento, mas que sobrevivem ao período neonatal (Near Miss Neonatal) em recém-nascidos de mães adolescentes em uma maternidade de referência do Sistema Único de Saúde para o alto risco, realizado em Aracaju, no período de setembro de 2014 até março de 2015. Foi realizado um estudo de caso-controle, e os critérios para o grupo caso foram idade da mãe entre 10 e 19 anos, idade gestacional inferior a 32 semanas, escore de Apgar menor que 7 no quinto minuto e peso ao nascer inferior a 1500g. Os critérios para o grupo controle foram idade da mãe entre 10 e 19 anos, mesmo sexo do caso, não ser gemelar e idade gestacional maior ou igual a 37 semanas e menor que 42 semanas. Os dados foram obtidos através de consulta aos prontuários das mães e dos recém-nascidos juntamente de uma entrevista orientada por um formulário previamente elaborado. Foi feita uma análise estatística descritiva com a utilização da razão de chances (Odds Ratio) e o teste de Qui Quadrado. Foram encontrados percentual de 34,5% das adolescentes do grupo caso que fizeram uso de ocitocina, contra 35% dos controles, 34,5% das adolescentes do grupo caso foram submetidas à manobra de Kristeller, contra 31,7% dos controles, 7% das adolescentes do grupo caso eram usuárias de drogas, contra 2% dos controles (resultado semelhante para o uso de bebida alcoólica e o hábito de fumar). Conclui-se que a ocorrência de intercorrências durante a gestação ($p = 0,004$; OR = 3,791) e o número de consultas de pré-natal ($p < 0,001$; OR = 7,933) são fatores de risco para Near Miss Neonatal em mães adolescentes. Outros fatores, como a realização da manobra de Kristeller, o uso de ocitocina, o hábito de fumar não se mostraram como fatores de risco.

Descritores: adolescência, gravidez na adolescência, *Near Miss*, recém-nascido prematuro

ABSTRACT

Teenage pregnancy is a major public health problem. This phase of life has been studied by psychology in particular by obstetrics, in search of factors related to this period and that influence the conditions of birth. The objective was to analyze the risk factors involving adolescent mothers of newborns who had a life-threatening condition at birth, but survived the Near Miss Neonatal period in newborns of adolescent mothers in a reference maternity hospital. Single Health System for high risk, held in Aracaju, from September 2014 to March 2015. A case-control study was conducted, and the criteria for the case group were age of the mother between 10 and 19 years, gestational age less than 32 weeks, Apgar score less than 7 in the fifth minute and birth weight below 1500g. The criteria for the control group were age of the mother between 10 and 19 years, same sex of the case, not to be twins and gestational age greater or equal to 37 weeks and less than 42 weeks. The data were obtained by consulting the charts of mothers and newborns together with an interview guided by a previously prepared form. A descriptive statistical analysis was performed using the Odds Ratio and the Chi-square test. A total of 34.5% of the adolescents in the group were submitted to the Kristeller maneuver, compared to 31.7% of the controls, 34.7% % of the adolescents in the group were drug users, compared to 2% of controls (a similar result for alcoholic beverage use and smoking habit). It was concluded that the occurrence of intercurrents during pregnancy ($p = 0.004$, $OR = 3.791$) and the number of prenatal consultations ($p < 0.001$; $OR = 7.933$) are risk factors for Near Miss Neonatal in adolescent mothers. Other factors, such as the Kristeller maneuver, the use of oxytocin, and the smoking habit were not shown to be risk factors

Key-words: Infant mortality; Near miss; Maternal and Child Health; Low Birth Weight Infant; Premature infant.

INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência é um importante problema de saúde pública. Entender as nuances desse período da vida pode oferecer meios para prevenção e para o cuidado dessas gestantes. O período da adolescência é um campo de estudo de diversas áreas. Em 1974 a Organização Mundial de Saúde define adolescência sob alguns critérios, entre eles o período do aparecimento dos caracteres sexuais secundários até a maturidade sexual e idade cronológica de 10 a 19 anos, sendo de 10 a 14 anos definida como adolescência precoce e 15 a 19 anos como adolescência tardia ¹.

Para a psicologia a adolescência passa por uma evolução de conceitos. Em 1978 Hall e Galantin colocam o surgimento da sexualidade como o centro de todas as perturbações do período evidenciando a importância dos impulsos sexuais dessa fase. O entendimento das nuances e conflitos dessa fase, bem como as mudanças na visão que a sociedade tem sobre esse período se mostra de suma importância para compreender melhor os comportamentos típicos dessa fase e como eles estão relacionados com problemas de saúde pública ^{2,3}.

É sabido que o número de adolescentes que iniciaram a atividade sexual antes dos 15 anos de idade tem subido consideravelmente, com o valor de 2006 tendo se mostrado três vezes maior que o de 1996. Esse aumento, associado ao dado de que a maioria dos jovens iniciam atividade sexual sem proteção, expõe o adolescente a situações de risco, especialmente ao acontecimento de uma gravidez indesejada nesse período ^{4,5}.

A gravidez na adolescência merece destaque por se tratar de uma condição que traz consigo consequências sociais, psicológicas e médicas (melhado). Alguns estudos mostram que filhos de mães adolescentes apresentam maior índice de mortalidade no primeiro ano de vida quando comparados com mães não-adolescentes, especialmente devido a fatores psicossociais ⁶. Essas consequências não se restringem somente ao recém-nascido, tendo também um impacto direto sobre a vida dessas jovens mães, com a maioria delas abandonando os estudos e interrompendo seus projetos de vida para cuidar do filho ^{7,8}.

Analisando mais a fundo a questão das mães adolescentes, notamos que uma rede de apoio bem estabelecida possui influência significativa nos impactos de uma gestação indesejada, com trabalhos mostrando que a renda familiar está diretamente relacionada com a

maneira com as consequências negativas dessa situação, apontando para uma ideia de que a idade da mãe por si só não estaria relacionada a desfechos negativos da gestação ⁹. Apesar disso, trabalhos mais antigos mostram a relação da gravidez na adolescência com a ocorrência de prematuridade, baixo peso ao nascer e escore de apgar < 7 no quinto minuto ^{10, 11}, mostrando a possibilidade de mães adolescentes sofrerem mais o impacto de uma gestação em condições socioeconômicas desfavoráveis do que mães não adolescentes.

A ocorrência de filhos de mães adolescentes que nascem em condições desfavoráveis abre um leque de possibilidades de estudo que mostrem sua relação com a idade e o contexto sociodemográfico dessas mães. Para avaliar essas condições, utilizou-se o conceito de Near Miss, que inicialmente era usado na aviação para designar um acidente que quase ocorreu, mas que foi impedido por algum fator externo. Sendo assim, Near Miss Neonatal trata de um recém-nascido que apresentou condições graves ao nascimento, mas que sobreviveu ao período neonatal.

Atualmente não existe um consenso sobre a definição de Near Miss Neonatal. Alguns autores vêm tentando estabelecer critérios para sua definição, sendo a idade gestacional, o escore de apgar no quinto minuto de vida e o peso ao nascer os principais critérios utilizados. Recentemente quatro estudos foram publicados com os pontos de corte que os autores julgaram serem melhores para a definição de caso de Near Miss Neonatal, sendo eles: Pileggi et al (peso ao nascer < 1.500 gramas ou idade gestacional < 30 semanas ou escore de Apgar < 7 no quinto minuto) Pileggi-Castro et al. (peso ao nascer < 1.750 gramas ou IG < 33 semanas ou escore de Apgar < 7 no quinto minuto), Souza et al. (peso ao nascer < 1.500 gramas ou idade gestacional < 31 semanas ou escore de Apgar < 5 no quinto minuto) e Silva et al. (peso ao nascer < 1.500 gramas ou IG < 32 semanas ou escore de Apgar < 7 no quinto minuto) ^{12,13,14,15}.

O presente estudo tem como objetivo descrever a relação entre condições sociodemográficas, hábitos e vícios e condições relacionadas à gestação e ao parto de mães adolescentes com a presença de casos de near miss neonatal.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Foi realizado um estudo caso controles comparando mães de 10 a 19 anos cujos recém-nascidos foram considerados casos de Near Miss Neonatal, com mães de 10 a 19 anos cujos recém-nascidos foram considerados saudáveis.

Local do estudo

O estudo foi realizado em uma maternidade de alto risco da cidade de Aracaju, no Estado de Sergipe. Esta maternidade é um serviço de saúde público, referência terciária em todo o Estado, em que o atendimento é exclusivo pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de alta complexidade, que recebe mulheres grávidas que possuem comorbidades como hipertensão, diabetes, cardiopatia, trabalho de parto prematuro, dentre outras afecções.

População alvo

A população alvo da pesquisa foi constituída pelos recém-nascidos das gestantes internadas para parto, os quais preencheram os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

Definição de caso

Mães entre 10 e 19 anos com filhos que preenchem de classificação para *near miss neonatal*, que consiste na presença de pelo menos 1 dos seguintes critérios, com base em trabalhos disponíveis na literatura:

- Idade Gestacional ao nascer < 32 semanas;
- Muito baixo peso ao nascer (Peso < 1500g);
- Escore de Apgar aos 5 minutos de vida < 7.

Definição de controle

Mães entre 10 e 19 anos com filhos que nasceram sem intercorrências (malformações, venóclise, fototerapia, hipoglicemia), com peso adequado para a idade gestacional, idade gestacional maior ou igual a 37 semanas e inferior a 42 semanas.

Crêterios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram os recém-nascidos de mulheres que tiveram seus partos na maternidade onde foi realizado o estudo que fossem classificados como caso. Foram excluídas as pacientes que se recusaram a participar da pesquisa, as com idade superior a 19 anos, aquelas residentes em outros estados, aquelas com nascidos mortos, os malformados, os gemelares.

Instrumento da coleta

Foram utilizados formulários em que constavam 130 questões divididas em dados de identifica o materna, dados obtidos por meio de prontuário e dados obtidos através de entrevista da mãe. Também foram usados livros para controle dos nascidos vivos na maternidade e acompanhamento dos casos.

Técnica de coleta

A pesquisa contou com a colabora o de três professores de p s-gradua o da UFS, três alunas do mestrado da UFS, e vinte alunos de gradua o dos cursos de medicina e enfermagem, que se revezaram diariamente na maternidade para a identifica o dos casos e abordagem das respectivas mães para realizar o preenchimento dos formulários. Os casos eram acompanhados por sete dias enquanto permaneciam internados nas dependências da maternidade. Posteriormente, eram feitas consultas online em um serviço de verifica o de óbitos da Secretaria Estadual de Saúde, onde eram identificados os óbitos ocorridos após o sétimo dia de vida.

Análise dos dados

A análise realizada foi estatística descritiva, por meio de frequências absolutas e relativas. Como medida de associa o, foi calculada a razão de chances (OR) e seus respectivos intervalos de confiança. As associa es entre os grupos foram avaliadas por meio do teste do Qui-Quadrado e o nível de significância (α) adotado foi de 0,005. Os cálculos foram realizados em formulas do software Microsoft Excel 2013 . Os dados selecionados para análise foram os que mostraram relevância na literatura, de maneira que pudesse revelar a influência de condi es relacionadas   gesta o e ao parto, aos hábitos e vícios e às características sociodemográficas das mães.

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi planejada de acordo com a declaração de Helsinque e a resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFS com CAAE: 274216214.8.0000.5546. Antes do início da coleta de dados, todas as pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Durante os 6 meses de coleta, foram encontrados 29 casos de *Near Miss Neonatal* com mães entre 10 e 19 anos na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, e 60 controles com mães com idade entre 10 e 19 anos, mantendo uma média de aproximadamente 2,06 controles para cada caso. Os controles, assim como os casos, seguiram uma proporção de 55% de recém-nascidos do sexo masculino e 45% de recém-nascidos do sexo feminino.

As variáveis relacionadas à gestação e ao parto estão agrupadas na Tabela 1. Nela pode ser observado que 35% das puérperas do grupo caso foram submetidas à manobra de Kristeller, com uma porcentagem semelhante no grupo controle (32%). Quanto ao uso de ocitocina para indução do parto, o resultado também foi semelhante, com 34,5% das mães do grupo caso e 35% das mães do grupo controle tendo feito uso da medicação. A existência de intercorrências durante a gestação se mostrou como fator de risco para *Near Miss Neonatal* em mães adolescentes ($p = 0,004$; $OR = 3,791$), com 52% das adolescentes do grupo caso tendo apresentado alguma intercorrência na gestação, o que foi visto em somente 22% das mães do grupo controle. Dentre as intercorrências mais comuns, a ocorrência de infecção do trato urinário representou 33%, seguida de amniorrexe prematura com 20%. Entre as demais intercorrências encontramos casos de bolsa protrusa, oligodrâmnio, sífilis e até queimadura de 20% do corpo.

A realização do pré-natal mostrou diferença numérica entre os dois grupos, mas que não foi comprovada com a análise estatística realizada (somente 14% dos casos e 3% dos controles não realizaram pré-natal).

Quando analisamos o número de consultas realizadas observamos que um número menor que 6 consultas de pré-natal interfere como fator de risco para *Near Miss Neonatal* em mães adolescentes ($p < 0,001$; $OR = 7,933$) com 59% das mães do grupo caso tendo realizado menos de 6 consultas, contra 15% das mães do grupo controle. Já quando se trata da idade gestacional em que o pré-natal foi iniciado, notamos que 64% das gestantes do grupo caso iniciaram o pré-natal no primeiro trimestres (até a décima segunda semana de gestação), com resultados semelhantes no grupo controle, com 63% das gestantes iniciando o pré-natal nesse período.

A Tabela 2 mostra os resultados relacionados aos hábitos e vícios das gestantes do grupo caso e do grupo controle durante a gestação. Quanto ao uso de drogas, 7% das mães do grupo caso informaram ter feito uso de alguma droga ilícita durante a gestação, contra 2% do grupo controle. Os resultados quanto ao consumo de bebida alcoólica e ao tabagismo foram semelhantes aos de uso de drogas, estes mostrando que 10% das gestantes do grupo caso consumiram bebida alcoólica durante a gestação e somente 1% das gestantes do grupo controle também o fizeram, e 7% das gestantes do grupo caso possuíam o hábito de fumar contra 1% das gestantes do grupo controle.

Os fatores ambientais foram agrupados na Tabela 3, nelas podemos ver que quanto a escolaridade, 69% das mães do grupo caso cursaram ou estavam cursando o ensino fundamental, contra 75% das mães do grupo controle. A situação conjugal, o município de residência (capital ou interior) e a zona de residência (urbana ou rural) mostraram resultados semelhantes entre as mães do grupo caso e do grupo controle, com 20,7% das mães do grupo caso residindo em capital, contra 26,7% das mães do grupo controle e 69% das mães do grupo caso residindo em área urbana, contra 78,3% do grupo controle.

Quando analisamos a cor referida (Tabela 3), também temos resultados semelhantes entre casos e controles, com 86% das mães do grupo caso se autodeclarando preta, parda, morena ou mulata, e 85% das mães do grupo controle na mesma situação.

DISCUSSÃO

Analisando os resultados encontrados, notamos que quanto à manobra de Kristeler, tivemos resultados semelhantes aos encontrados no trabalho de Leal et al. ¹⁶. Essa manobra, apesar de ter sido classificada como um ato de violência ¹⁷, tem sido observada em gestante com risco habitual, não representando por si só um fator de aumento do risco materno fetal ¹⁶.

Quanto ao uso de ocitocina tivemos resultados compatíveis com os encontrados na literatura, que mostra que o uso da ocitocina por si só não está associado a um maior risco puerperal, sendo que as mães com menor renda e melhor escolaridade estão mais sujeitas ao uso ¹⁶.

Quando observamos a ocorrência de intercorrências durante a gestação, vemos que nosso resultado é semelhante ao encontrado na literatura, especialmente quando se analisa a associação de Near Miss Materno, ou seja, a mãe tendo passado por complicação com ameaça à vida com a internação do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva ¹⁸. Entre as intercorrências mais comuns, a infecção do trato urinário, representando um terço do total, dado que ressalta a importância que essa afecção tem durante a gestação, com trabalhos mostrando uma prevalência de até 20%¹⁹.

A realização do pré-natal mostrou somente uma diferença numérica entre os dois grupos. Com esses resultados, mesmo sem podermos afirmar que a não realização de pré-natal está relacionada a risco neonatal, notamos que o número de mulheres que não o realizaram no presente estudo foi significativamente superior à média nacional nos anos de 2014, 2015 e 2016, onde a frequência relativa de mães que não realizaram pré-natal sobre o total de nascidos vivos se manteve abaixo de 0,6% ²⁰.

Durante a análise do número de consultas de pré-natal realizadas, obtivemos um resultado que converge com o que vem sendo encontrado na literatura, com diversos trabalhos mostrando que a qualidade do pré-natal, além do número de consultas realizadas está intimamente relacionado com o desfecho ²¹. Outro dado interessante é o fato das mães do grupo caso possuírem uma frequência de menos de 6 consultas de pré-natal superior à média nacional, que ficou próxima de 30% em 2016 ²⁰.

Analisando o uso de drogas, consumo de bebida alcoólica e ao tabagismo, não notamos diferenças significativas entre os grupos. Dessa maneira, os resultados do presente estudo não mostraram relevância estatística entre o uso de drogas ilícitas, alcoolismo e tabagismo durante a gestação, diferente do que havia sido encontrado na literatura ^{22,23}.

Quanto a escolaridade, tivemos resultados diferentes daqueles encontrados no estudo de Gonzaga et al ²⁴, em que uma escolaridade inferior a oito anos de estudo e a ausência de atividade remunerada foram associadas a prematuridade e/ou baixo peso ao nascer, com nosso estudo não mostrando diferenças na quantidade de anos de estudo entre os grupos. Nosso resultado esteve na frente da média nacional e estadual de escolaridade das mães inferior a 8 anos de estudo em 2016, que foram 32% e 33%, respectivamente ²⁰. A justificativa para essas divergências pode residir no fato da coleta de dados do presente estudo ter sido realizada somente em uma maternidade da rede pública.

Os resultados da pesquisa mostraram que o acontecimento de intercorrências durante a gestação e o número de consultas de pré-natal realizadas, apresentaram-se como importantes fatores de risco para a ocorrência de *Near Miss Neonatal* em mães adolescentes indo em convergência com o que diz a literatura.

Outros fatores, como o uso de drogas, alcoolismo e tabagismo, apesar de se mostrarem como fator de risco puerperal na literatura, revelaram somente com uma diferença numérica entre as mães do grupo caso e do grupo controle.

A cor referida, a escolaridade e a renda da mãe não mostraram relação direta com o risco puerperal, diferente do que foi encontrado na literatura. Essa diferença pode residir no fato de termos utilizado uma maternidade pública para coleta de dados, mostrando a necessidade de estudos que tratem da diferença dos fatores de risco puerperais entre maternidades da rede privada e da rede pública.

A maioria das puérperas do grupo caso não seguiu a orientação do Ministério da Saúde de realizar pelo menos 6 consultas de pré-natal, uma justificativa para esse resultado pode residir no fato de que as mães do grupo caso, em parte, tiveram seu parto prematuramente (com menos de 32 semanas de idade gestacional), ou seja, ainda no início do terceiro trimestre de gestação, onde, segundo o Ministério da Saúde, deveriam ter cumprido as três consultas dos dois primeiros trimestres, impossibilitadas de realizar as consultas subsequentes. Sendo assim, interrupção do pré-natal não pode ser totalmente explicada por uma situação de vulnerabilidade, havendo a necessidade de mais trabalhos que elucidem essa questão.

Diante dos dados encontrados, concluímos que a ocorrência de intercorrências durante a gestação em mães adolescentes está relacionada com a presença de *Near Miss Neonatal*. O

número de consultas de pré-natal realizadas também mostrou diferença estatística entre os grupos casos e controles, porém, essa diferença estava relacionada ao fato de grande parte das gestantes do grupo caso terem entrado em trabalho de parto prematuramente, interrompendo o calendário de consultas.

REFERÊNCIAS

1. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. El embarazo y el aborto em la adolescência. Genebra: Informes técnicos, 1975
2. GALLATIN, J.E. *Adolescência e individualidade: uma abordagem conceitual da Psicologia da adolescência*. São Paulo: Harper & Row do Brasil Ltda, 1978.
3. BOCK, Ana Mercês Bahia. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Psicologia Escolar e Educacional**, [s.l.], v. 11, n. 1, p.63-76, jun. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-85572007000100007>.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
5. TRONCO, Cristina Benites; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Caracterização do comportamento sexual de adolescentes: iniciação sexual e gênero. **Geris, Rev. Interinst. Psicol.**, Juiz de fora , v. 5, n. 2, p. 254-269, dez. 2012 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202012000200006&lng=pt&nrm=iso
6. OLIVEIRA, Elaine Fernandes Viellas de; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(3):567-578, mar, 2010 567 Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde**

- Pública, Rio de Janeiro**, v. 3, n. 26, p.567-578, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n3/14.pdf>
7. NERY, Inez Sampaio et al. Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 64, n. 1, p.31-37, fev. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672011000100005>.
 8. SANTOS, RCAN, Silva RM, Queiroz MVO, Jorge HMF, Brilhante AVM. Realities and perspectives of adolescent mothers in their first pregnancy. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018;71(1):65-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0444>
 9. TABORDA, Joseane Adriana et al. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 1, p.16-24, mar. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201400010004>.
 10. CANNON, L. R. C. Prefácio. In: Seminário Gravidez na adolescência Vieira, E. M.; Fernandes, M. E. L.; Bailey P.; Mckay, A. (org). Rio de Janeiro: USAID, 1998.
 11. GAMA, Silvana Granado Nogueira da et al. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998*. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 35, p.74-80, jan. 2001.
 12. PILEGGI C, SOUZA JP, CECATTI JG, FAÚNDES A. Neonatal near miss approach in the 2005 WHO Global Survey Brazil. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(1):21-26.
 13. PILEGGI-CASTRO, C et al. Development of criteria for identifying neonatal near-miss cases: analysis of two WHO multicountry cross-sectional studies. **Bjog: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, [s.l.], v. 121, p.110-118, mar. 2014. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.12637>.

14. SILVA, Antônio Augusto Moura da et al. Morbidade neonatal near miss na pesquisa Nascido no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.182-191, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00129613>.
15. SOUZA, João Paulo et al. The world health organization multicountry survey on maternal and newborn health: study protocol. **Bmc Health Services Research**, [s.l.], v. 11, n. 1, 26 out. 2011. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-286>.
16. LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.17-32, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00151513>.
17. PARTO DO PRINCÍPIO. **Dossiê Violência Obstétrica “Parirás com dor”**. CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em ago. 2018
18. DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascido no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.169-181, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00154213>.
19. BAUMGARTEN, M.C.S. dos.; SILVA, V.G. da.; MASTALIR, F.P.; KLAUS, F.; AZEVEDO, P.A. de. Infecção urinária na gestação: uma revisão de literatura. UNOPAR Cient. cienc. Biol. Saúde, n.13(Esp), p.333-42, 2011.
20. BRASIL; DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS – DATASUS. Informações de Saúde, Estatísticas Vitais: banco de dados. Disponível em <www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205> Acesso em ago.

21. MACHADO, Adriana Kramer Fiala; MARMITT, Luana Patrícia; CESAR, Juraci Almeida. Late preterm birth in the far south of Brazil: a population based study. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s.l.], v. 16, n. 2, p.113-120, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000200003>.

22. GONCALVES, Helen et al. **Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde**. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2015, vol.18, n.1, pp.25-41. ISSN 1980-5497. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010003>.

TABELAS

Tabela 1. Características da gestação e parto das mães adolescentes dos casos e dos controles de Near miss neonatal em uma Maternidade de Alto Risco, Aracaju/SE, setembro/2014 a março 2015.

Variável	Casos		Controles		Valor p	OR	IC	
	n	%	n	%			Min	Máx
Pré-natal								
Sim	25	86,2	58	96,7	0,065	0,216	0,088	0,529
Não	4	13,8	2	3,3				
Consultas de pré-natal								
< 6 consultas	17	58,6	15	25,0	< 0,001	7,933	4,522	13,917
> ou igual a 6 consultas	6	20,7	42	70,0				
Início do pré-natal								
< 12 semanas gestacionais	18	64	36	63	0,906	0,952	0,589	1,539
> 12 semanas gestacionais	10	36	21	37				
Kristeller								
Sim	10	34,5	19	31,7	0,790	1,136	0,703	1,834
Não	19	65,5	41	68,3				
Ocitocina								
Sim	10	34,5	21	35	0,647	0,977	0,608	1,572
Não	19	65,5	39	65				
Intercorrências na gestação atual								
Sim	15	52	13	22	0,004	3,791	2,331	6,167
Não	14	48	46	77				

Tabela 2. Características dos hábitos e vícios das mães adolescentes dos casos e dos controles de Near miss neonatal em uma Maternidade de Alto Risco, Aracaju/SE, setembro/2014 a março 2015.

Variável	Casos		Controles		Valor p	OR	IC	
	n	%	n	%			Min	Máx
Uso de drogas								
Sim	2	7	1	2	0,204	4,296	1,235	14,944
Não	27	93	58	97				
Bebida alcoólica								
Sim	3	10	1	2	0,066	6,692	2,060	21,746
Não	26	90	58	97				
Hábito de fumar								
Sim	2	7	1	2	0,200	4,370	1,257	15,200
Não	27	93	59	98				

Tabela 3. Características sociodemográficas das mães adolescentes dos casos e dos controles de Near miss neonatal em uma Maternidade de Alto Risco, Aracaju/SE, setembro/2014 a março 2015.

Variável	Casos		Controles		Valor p	OR	IC	
	n	%	n	%			Min	Máx
Município de residência								
Capital	6	20,7	16	26,7	0,540	0,717	0,417	1,235
Interior	23	79,3	44	73,3				
Área de residência								
Urbana	20	69,0	47	78,3	0,337	0,615	0,369	1,023
Rural	9	31,0	13	21,7				
Renda familiar								
< 1 a 3 SM	28	96,6	53	88,3	0,271	3,170	1,050	9,570
3 a 10 SM	1	3,4	7	11,7				
Cor referida								
Branco ou amarelo ocidental	4	13,8	9	15	0,880	0,907	0,474	1,734
Preto, pardo, mulato, moreno	25	86,2	51	85				
Escolaridade								
Ensino fundamental	20	69,0	45	75	0,460	0,691	0,417	1,145
Ensino médio	9	31,0	14	23,3				

IV – ANEXOS

ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
ESTUDO SOBRE FATORES DE RISCO PARA *NEAR MISS* NEONATAL E
MATERNO E AVALIAÇÃO DE ÓBITOS NEONATAIS EM MATERNIDADES DE
ARACAJU**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar, como voluntária de uma grande pesquisa que será realizada no período de um ano em quatro maternidades de Aracaju – “Fatores de risco para near miss neonatal em maternidades de Aracaju - se você quiser participar, assine ao final do documento. Você não é obrigada a participar e a qualquer hora pode desistir. Se não quiser participar não terá nenhum prejuízo na relação com as pesquisadoras e com a instituição. Você receberá uma cópia deste termo onde constam os telefones das pesquisadoras responsáveis, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

O objetivo desta pesquisa é identificar a prevalência dos óbitos fetais e neonatais entre pacientes com near miss materno e os fatores associados a esse desfecho, assim como avaliar os casos de near miss neonatal e os óbitos neonatais no período de um ano. Para participar da pesquisa, você deverá responder ao questionário de acordo com o orientado.

Sua participação será importante para avaliarmos a assistência prestada e os fatores que levaram a esse desfecho, a fim de que se evite futuras complicações. Não será realizada nenhuma cobrança e também não será realizado nenhum pagamento pela sua participação.

As informações a respeito dessa pesquisa serão publicadas em periódicos científicos (revistas na área de enfermagem e medicina). Apenas os resultados serão divulgados, preservando a identidade da paciente.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____,
declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado pela pesquisadora dos procedimentos que serão utilizados, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro que autorizo a utilização dos dados do meu prontuário e do prontuário de meu filho. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

LOCAL E DATA: Aracaju, de , do ano .

(Assinatura do participante ou responsável por extenso)

Telefones das Responsáveis: Daniele (91270332); Lilian (99640004); Thais (98117647)

ANEXO B: FORMULÁRIO PARA PREENCHIMENTO DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Near miss Neonatal CASO CONTROLE
 Near miss Materno Controle de? _____

Questionário N° _____

Maternidade: _____

ESTUDO SOBRE FATORES DE RISCO PARA *NEAR MISS* NEONATAL E MATERNO E AVALIAÇÃO DE ÓBITOS NEONATAIS EM MATERNIDADES DE ARACAJU

FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO

1. Nome do entrevistador: _____

2. RN de _____

3. Procedência da paciente: (Se veio de casa=1 / UBS=2 / UPA=3 / Clínica particular=4 / Centro de referência=5 / Hospital=6)

4. Data da Entrevista:

Dia	Mês	Ano
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Data da Internação:

Dia	Mês	Ano
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. Data do Parto:

Dia	Mês	Ano

7. Número do Cartão SUS: Não se aplica:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8. Número do Prontuário Hospitalar: Não se aplica:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. Nome da paciente: _____
(Nome completo, sem abreviaturas)

10. Apelido: _____ Não se aplica:

11. R.G: _____ UF: _____

12. Endereço completo, sem abreviações:

_____ **(Rua, Avenida, Travessa, Sítio, etc., e número)**

13. Bairro: _____

14. Município: _____ UF: _____

15. Telefone(s) de Contato Fixo: _____ e Celular _____

16. Ponto de Referência: _____

17. Área (Urbana = 1 / Rural=2)

18. Qual a Unidade de Saúde que a senhora frequenta? _____

19. Qual o nome do agente de saúde que visita a sua casa? _____

20. Nome da mãe da paciente: _____

21. Endereço da mãe da paciente: _____

22. Município da mãe da paciente: _____

23. Telefone da mãe da paciente: _____

Dia	Mês	Ano

24. Data de nascimento da paciente (dd/mm/aa):

25. Idade da paciente no parto:

DADOS DE PRONTUÁRIO

DADOS DA INTERNAÇÃO DA MÃE:

26. Data da Internação:

Dia		Mês		Ano	
<input type="text"/>					

27. Local da internação no momento da admissão: (Enfermaria=1 / Pré-parto=2 / UTI=3 / Admissão =4 / Não especificado =5)

28. Nº da Declaração de Óbito: *(se óbito materno)*

DADOS RELATIVOS AO RECÉM-NASCIDO

29. O RN se internou na UTIN? *(sim= 1, não= 2)*

30. Se sim, qual a data da internação do RN na UTIN:

Dia		Mês		Ano	
<input type="text"/>					

31. Nº do Prontuário Hospitalar do RN (caso o prontuário do RN não esteja anexado ao da genitora):

32. Nº da Declaração de Nascido Vivo (DNV): **(Copiar do prontuário)**

33. Nº da Declaração de Óbito: *(se óbito fetal ou neonatal)*

34. Sexo *(Masculino= 1 / Feminino=2 / Indeterminado=3)*:

35. Peso ao Nascer (gramas):

36. Comprimento ao Nascer (cm):

37. Perímetro cefálico (cm):

38. Apgar 1º min:

39. Apgar 5º min:

DIAGNÓSTICOS

(não preencher)

40. _____

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

41. _____

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

42. _____

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

43. Capurro (semana e dias):

Semanas	/	Dias
<input type="text"/>		<input type="text"/>

44. O RN foi reanimado (manobras PCR)? (sim= 1 / não= 2)

45. Fez uso de oxigênio suplementar? (sim= 1, não= 2)

46. Se sim, foi com o quê? (Máscara=1 / CPAP=2 / Capacete de oxigênio=3 / Não se aplica= 0)

47. Fez uso de tubo endotraqueal? (sim= 1, não= 2)

48. Fez uso de adrenalina? (sim= 1, não= 2)

49. Fez uso de surfactante? (sim= 1, não= 2)

50. Fez uso de cateterismo umbilical? (sim= 1, não= 2)

51. Fez uso de acesso venoso central? (sim= 1, não= 2)

52. Fez uso de dissecação venosa? (sim= 1, não= 2)

53. Fez uso de PICC? (sim= 1, não= 2)

54. Fez uso de antibióticoterapia? (sim= 1, não= 2)

55. Fez uso de hemotransfusão? (sim= 1, não= 2)

56. Fez uso de nutrição parenteral? (sim= 1, não= 2)

CRITÉRIOS DO RECÉM-NASCIDO PARA NEAR MISS NEONATAL (CASO):

A. Idade gestacional ao nascer < 32s?

Sim

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Não

<input type="text"/>
<input type="text"/>

- B. Muito baixo peso ao nascer (Peso <1500g)? Sim Não
- C. Escore de Apgar aos 5 minutos de vida < 7 ? Sim Não

CASO - Se o RN apresentar 1 dos critérios acima:

OBS: Marcar também na Folha de Identificação.

DADOS RELATIVOS AO PARTO

57. Data do Parto:

Dia	Mês	Ano

58. Hora do nascimento:

Hora	min

59. Nº de fetos (*número*):

--	--

60. Tipo de parto (*Normal=1 / Cesariana=2 / Fórceps=3*):

61. Se foi cesárea qual o motivo? (*Escrever por extenso*) _____

62. Categoria de Internação (*SUS=1 / Convênio=2 / Previdência pública=3 / Particular=4 / Complemento= 5 / Pacote=6*):

63. Bolsa Rota? (*sim=1 / não=2*)

64. Amniotomia? (*sim=1 / não=2*)

65. Uso de ocitocina durante o trabalho de parto? (*sim=1 / não=2*)

66. Uso de misoprostol durante o trabalho de parto? (*sim=1; não=2*)

67. Cardiotocografia? (*sim=1 / não=2*)

DADOS DO ÓBITO

68. Tempo de vida:

Dia	Hora

69. Causa básica _____

--	--	--

Causas Associadas:

--	--	--

70. _____

71. _____

72. _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CRITÉRIOS CLÍNICOS DO NEAR MISS MATERNO (OMS):

A. Perda de consciência > 12 horas?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
B. Perda de consciência e ausência de pulso?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
C. Icterícia na presença de pré-eclâmpsia?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
D. Convulsões não controladas?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
E. Oligúria não responsiva a fluídos e diuréticos?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
F. Frequência respiratória > 40 ou < 6/min?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
G. Cianose aguda?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
H. Gasping?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
I. Choque?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
J. Distúrbio da coagulação?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
L. Acidente Vascular Cerebral?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>

CRITÉRIOS LABORATORIAIS DO NEAR MISS MATERNO (OMS):

A. Saturação de O ₂ < 90% por mais de 60 min?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
B. PaO ₂ /FiO ₂ < 200mmHg?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
C. Bilirrubina > 6,0 mg/dl?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
D. Trombocitopenia aguda (< 50.000)?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
E. Perda de consciência e presença de glicose e cetoácidos na urina?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
F. Lactato > 5?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
G. PH < 7,1?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

H. Creatinina \geq 3,5 mg/dl? Sim Não

CRITÉRIOS DE MANEJO DO *NEAR MISS* MATERNO (OMS):

A. Uso contínuo de drogas vasoativas?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	
B. Histerectomia após infecção ou hemorragia?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	
C. Transfusão \geq 5 unidades de hemácias?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	
D. Diálise por insuficiência renal aguda?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	
E. Intubação e ventilação por \geq 60 min, não relacionada à anestesia?			Sim	<input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
F. Ressuscitação Cardiopulmonar?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	

FORMULÁRIO

DADOS DA MÃE

73. Situação Conjugal (*Solteira= 1 / Consensual= 2 / Viúva = 3 / Separada=4*):
74. Como você considera sua cor? (*Branco=1 / Preto=2 / Pardo, mulato, moreno=3 / Amarelo, ocidental=4 / Indígena=6 / Outros=7*)
75. Segundo sua observação, qual a cor da entrevistada? (*Branco=1 / Preto=2 / Pardo, mulato, moreno=3 / Amarelo, ocidental=4 / Indígena=6 / Outros=7*)
76. Você frequentou a escola? (*sim= 1 / não=2*)
77. Você ainda vai à escola? (*sim= 1 / não=2*)
78. Até que série você completou? _____ **NÃO PREENCHER**
(Especificar série e nível por extenso)
79. Com que idade você teve sua primeira menstruação? (*anos*)
80. Com que idade você iniciou atividade sexual? (*anos*)
81. Antes de engravidar, estava usando algum método anticoncepcional? (*sim=1 / não=2*)
82. Se sim, qual método? (*escrever por extenso*) _____
83. Se estava usando, por que você acha que engravidou? (*Parou de usar=1 / Método falhou=2 / Uso incorreto=3 / Não sabe=4 / Outro =5 / Não se aplica = 0*)
84. Quantas gestações você já teve? (*número*)
85. Quantos nascidos vivos? (*número*)
86. Quantos abortos? (*número*)
87. Quantos natimortos? (*número*)
88. Quantas gestações gemelares? (*número*)
89. Quantas cesáreas anteriores? (*número*)

DADOS RELATIVOS À RENDA

90. Ocupação atual: _____

91. Situação do trabalho (*Do lar = 0 / Empregado com carteira=1 / Empregado sem carteira=2 / autônoma= 3 / Proprietária= 4 / Desempregado=5 / Aposentado=6 / Estudante = 7 / Funcionário público=8 / Informação prejudicada=9*):

92. Qual o número de pessoas na casa? (*número*)

93. Qual a renda familiar? (*R\$, em salários mínimos - menos que 1 SM =1; 1 a menos de 3 SM =2; 3 a menos de 5 SM=3; 5 a menos de 10 SM =4; 10 ou mais SM ou =5*)

94. Quantas pessoas contribuem para a renda familiar? (*número*)

95. Quem é a pessoa que mais contribui? (*Pai=1 / Mãe=2 / Avô(a)=3 / Irmão(a)= 4 / Outro=5*)

96. A família recebe algum tipo de auxílio governamental ou não? (*Bolsa família=1 / BPC=2 / Auxílio temporário=3 / Aposentadoria=4 / Pensão=5 / Mais de um auxílio=6 / Não recebe= 0*)

Dados relativos à renda segundo a ABEP:

97. Posse de itens:

A. Televisão em cores (*Nenhum =0 / Um = 1 / Dois =2 / Três =3 / Quatro =4*)

B. Rádio (*Nenhum =0 / Um = 1 / Dois =2 / Três =3 / Quatro =4*)

C. Banheiro (*Nenhum =0 / Um = 1 / Dois =2 / Três =3 / Quatro =4*)

D. Automóvel (*Nenhum =0 / Um = 1 / Dois =2 / Três =3 / Quatro =4*)

E. Empregada Mensalista (*Nenhum =0 / Um = 1 / Dois =2 / Três =3 / Quatro =4*)

F. Máquina de Lavar (*Nenhum =0 / Um = 1 / Dois =2 / Três =3 / Quatro =4*)

G. Vídeo Cassete e/ou DVD (*Nenhum =0 / Um = 1 / Dois =2 / Três =3 / Quatro =4*)

98. Qual o grau de instrução do chefe da família? _____
(Especificar série e nível por extenso)

DADOS RELATIVOS À GESTAÇÃO

- | | | |
|------------|------------|------------|
| Dia | Mês | Ano |
| | | |
99. Data da última menstruação?
100. Fez pré-natal? (*sim= 1 / não= 2*)
101. Em qual município fez o pré-natal? _____ (**NÃO PREENCHER**)
102. Com quantas semanas de gestação iniciou o pré-natal? (*número / não se aplica = 00*)
103. Número de consultas realizadas no Pré-natal (*número / não se aplica=00*):
104. Por quem foi assistida no Pré-Natal? (*Enfermeira=1 / Médico PSF=2 / Obstetra =3 / Enfermeiro e Médico PSF =4 / Enfermeiro, Médico PSF e Obstetra =5 / Enfermeiro e Obstetra = 6 / Não se aplica=0*)
105. Intervalo interpartal: *anos (Primigesta / 1ano / < 2anos / 2anos / > 2 anos / 3anos)*: _____
106. Como fez o pré-natal? (*SUS=1 / Convênio=2 / Previdência pública estadual=3 / Particular=4 / Não se aplica=0*)
107. Você recebeu alguma orientação sobre aleitamento materno no pré-natal? (*sim = 1 / não = 2*)
108. Se recebeu quem fez está orientação? (*Enfermeira=1 / Médico PSF=2 / Obstetra=3 / Enfermeira e médico PSF=4 / Enfermeiro, Médico PSF e Obstetra =5 / Enfermeiro e Obstetra = 6 / Agente comunitário de saúde =6 / Não se aplica=0*)
109. Você tem o cartão da gestante? (*sim=1 / não=2*)
110. O médico desta maternidade viu o cartão da gestante? (*sim=1 / não=2 / não sabe=8 / não se aplica=0*)
111. Você durante a gravidez? (*sim=1 / não=2*)
112. Quantos cigarros você fumou, por dia, **até** o 5º mês? (*numero*)
113. Quantos cigarros você fumou, por dia, **após** o 5º mês? (*número*)
114. Você tomou bebida alcoólica durante a gravidez? (*sim=1 / não=2*)
115. Se sim, qual a frequência? (*Todo dia=1 / 2x p/semana ou mais=3 / Menos de 2x p/ semana=2 / Não se aplica =0*)
116. Você faz uso de alguma droga? (*sim= 1, não= 2*)

117. Se sim, qual? _____

118. Qual a frequência? (*Todo dia=1 / 2x p/semana ou mais=3 / Menos de 2x p/semana=2 / Não se aplica =0*)

119. Após alguma doença antes da gestação? (*sim=1 / não=2*)

120. Qual (is)? _____

121. Intercorrência clínico obstétrica em gestação anterior. (*sim=1 / não=2*)

122. Qual (is)? _____

123. Intercorrência clínico obstétrica em gestação atual. (*sim=1 / não=2*)

124. Qual (is) ? _____

125. Medicamentos usados durante a gravidez (exceto vitaminas, ácido fólico e sulfato ferroso): (*Anotar o nome por extenso*)

A. _____

B. _____

C. _____

126. Usou medicamento controlado? (*sim =1 / não=2*)

127. Se sim, qual a frequência? (*Todo dia=1 / 2x p/semana ou mais=3 / Menos de 2x p/semana=2 / Não se aplica =0*)

128. Usou corticóide (celestone soluspan) durante a gravidez? (*sim= 1 / não= 2*)

DADOS RELATIVOS AO PARTO.

129. Seu filho foi colocado no seio (PARA AMAMENTAR) na sala de parto? (*sim =1 / não=2*)

130. Precisou apertar a barriga durante o parto? (Manobra de Kristeller) (*sim=1 / não=2*)