

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Yammê Ramos Portella Santos

Intercorrências clínicas e obstétricas na gestação: concordância entre dados do prontuário e da entrevista com a puérpera a partir da pesquisa Nacer no Brasil, 2011-2012

Rio de Janeiro

2020

Yammê Ramos Portella Santos

Intercorrências clínicas e obstétricas na gestação: concordância entre dados do prontuário e da entrevista com a puérpera a partir da pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012

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

Orientador: Prof. Dr. Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva

Coorientadora: Prof.^a Dra. Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt

Rio de Janeiro

2020

Título do trabalho em inglês: **Clinical and obstetric complications during pregnancy: agreement between data from medical records and interviews with the puerperal women of Birth in Brazil research, 2011-2012**

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001 e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ).

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

S237i Santos, Yammê Ramos Portella.
Intercorrências clínicas e obstétricas na gestação: concordância entre dados do prontuário e da entrevista com a puérpera a partir da pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012 / Yammê Ramos Portella Santos. -- 2020.
145 f. : il. color. ; graf. ; mapas ; tab.

Orientador: Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva.
Coorientadora: Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Complicações na Gravidez. 2. Morbidade. 3. Mortalidade Materna. 4. Confiabilidade dos Dados. 5. Registros Médicos. 6. Inquéritos e Questionários. I. Título.

CDD – 23.ed. – 618.24

Yammê Ramos Portella Santos

Intercorrências clínicas e obstétricas na gestação: concordância entre dados do prontuário e da entrevista com a puérpera a partir da pesquisa Nacer no Brasil, 2011-2012

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

Aprovada em 27 de março de 2020.

Banca Examinadora

Dr. Marcos Nakamura Pereira

Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Fernandes Figueira

Dr. Luiz Antonio Bastos Camacho

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Dr. Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva (Orientador)

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2020

RESUMO

A maioria das gestações é de risco habitual, no entanto, uma parte dessas é acometida por intercorrências clínicas e obstétricas que podem levar a um desfecho negativo. A entrevista com a puérpera e seu prontuário são as principais formas de se obter tais dados. O objetivo do estudo foi de verificar a concordância entre as informações sobre intercorrências clínicas e obstétricas na gestação registradas nos prontuários e no autorrelato da mulher obtido através das entrevistas com as participantes da pesquisa Nacer no Brasil. A prevalência das intercorrências foi calculada, bem como a concordância entre os dois instrumentos de coleta de dados, essas foram estratificadas por características maternas e do parto, histórico obstétrico da puérpera e região geográfica. Para o cálculo da concordância, foram utilizados os percentuais de concordância geral, positiva e negativa, além do Kappa e do Kappa ajustado pela prevalência (PABAK). Para a infecção urinária, intercorrência com menor concordância, foi investigada a associação entre o nível de concordância encontrado e as variáveis de interesse por meio de regressão logística. Entre as puérperas do estudo, 63,1% relataram terem sido acometidas por pelo menos uma intercorrência na gestação, já de acordo com o prontuário, 40,1% das puérperas tiveram complicações. Os percentuais de concordância geral encontrados entre as intercorrências foram altos, acima de 85,0% com exceção da infecção urinária onde esse valor foi de 69,7%; os negativos também foram altos, acima de 80,0%. Já os percentuais de concordância positiva mostraram-se inferiores. As puérperas das regiões Norte (RC: 1,97; IC 95%: 1,60-2,43) e Centro-Oeste (RC: 1,42; IC 95%: 1,12-1,81), com idade entre 12 e 19 anos (RC: 1,40; IC 95%: 1,19-1,65) e 20 e 34 anos (RC: 1,21; IC 95%: 1,07-1,38), ensino fundamental completo (RC: 1,35; IC 95%: 1,14-1,61), pertencentes à classe C (RC: 1,27; IC 95%: 1,12-1,43); e cuja fonte de pagamento do parto foi pública (RC: 1,31; IC 95%: 1,16-1,49) têm maiores chances de apresentarem discordâncias entre o relato dado no questionário da pesquisa e seu registro médico quanto ao diagnóstico de infecção urinária. Conclui-se que a concordância entre os dois instrumentos sobre a presença da intercorrência é baixa. Além disso, a depender da intercorrência em análise, um ou outro pode ser considerado o melhor instrumento de coleta de dados.

Palavras-chaves: Intercorrências clínicas e obstétricas; morbidades maternas; confiabilidade; concordância entre questionário e prontuário.

ABSTRACT

Most pregnancies are of habitual risk, however, a part of them is affected by clinical and obstetric complications that can lead to a negative outcome. The interview with the puerperal woman and her medical record are the main ways to obtain such data. The objective of the study was to verify the concordance between the information about clinical and obstetric complications during pregnancy in the medical records and in the woman's self-report informed through the information of the participants in Nascer no Brasil. The prevalence of complications was obtained, as well as the agreement between the two data collection instruments, these were stratified by maternal and childbirth characteristics, the obstetric history of the puerperal woman and geographic region. To calculate the agreement, the percentages of general, positive and negative agreement were used, in addition to the Kappa and Kappa applicable by prevalence (PABAK). For urinary tract infection, with less agreement, the association between the level of agreement found and the variables of interest through logistic regression was investigated. Among the postpartum women in the study, 63.1% reported having been affected by at least one pregnancy complication, according to the medical record, 40.1% of the postpartum complications and complications. The percentages of general agreement found between complications were high, above 85.0% with the exception of urinary tract infection, where this value was 69.7%; negatives were also high, above 80.0%. The percentages of positive agreement are lower. The mothers of the North (OR: 1.97; 95% CI: 1.60-2.43) and the Midwest (CR: 1.42; 95% CI: 1.12-1.81) regions, with age between 12 and 19 years (OR: 1.40; 95% CI: 1.19-1.65) and 20 and 34 years (OR: 1.21; 95% CI: 1.07-1.38), teaching complete elementary school (OR: 1.35; 95% CI: 1.14-1.61), belonging to class C (OR: 1.27; 95% CI: 1.12-1.43); and whose source of payment for childbirth was public (OR: 1.31; 95% CI: 1.16-1.49) are more likely to present disagreements between the report given in the research questionnaire and their medical record regarding the diagnosis of urinary infection. It is concluded that the agreement between the two instruments on the presence of the complication is low. In addition, depending on the complication under analysis, one or the other can be considered the best instrument for data collection.

Keywords: Clinical and obstetric complications; maternal morbidities; reliability; agreement between questionnaire and medical records.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	9
2.	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	12
2.1.	Saúde da mulher	12
2.1.1.	Intercorrências clínicas e obstétricas durante a gestação	16
2.1.1.1.	Hiperêmese gravídica	19
2.1.1.2.	Anemia	20
2.1.1.3.	Síndromes hemorrágicas	20
2.1.1.3.1.	Abortamento	20
2.1.1.3.2.	Gravidez ectópica	21
2.1.1.3.3.	Doença trofoblástica gestacional (mola hidatiforme)	21
2.1.1.3.4.	Placenta prévia	21
2.1.1.3.5.	Descolamento prematuro de placenta (DPP)	22
2.1.1.4.	Complicações maternas	23
2.1.1.4.1.	Diabetes gestacional	23
2.1.1.4.2.	Síndromes hipertensivas na gestação (SHG)	25
2.1.1.4.3.	Isoimunização Rh	27
2.1.1.5.	Problemas com o volume do líquido amniótico	27
2.1.1.6.	Infecções maternas	28
2.1.1.6.1.	Sífilis	28
2.1.1.6.2.	Infecção urinária	29
2.1.1.6.3.	Infecção pelo HIV	30
2.1.1.6.4.	Toxoplasmose	31
2.1.1.6.5.	Infecção de estreptococo do grupo B	32
2.1.1.6.6.	Hepatite B	33
2.1.1.7.	Complicações fetais	33
2.1.1.7.1.	Crescimento intrauterino restrito (CIUR)	33
2.1.1.7.2.	Sufrimento fetal	34
2.1.1.8.	Incompetência istmocervical (IIC)	35
2.1.1.9.	Amniorrexe prematura	35
2.1.1.10.	Ameaça de parto prematuro	36
2.1.1.11.	Varizes e tromboembolismo	37
2.1.1.12.	Gestação prolongada	37
2.1.2.	Fontes de informação sobre saúde da mulher	37
2.2.	Confiabilidade	39
2.2.1.	Confiabilidade dos instrumentos de coleta de dados	43
3.	JUSTIFICATIVA	45
4.	OBJETIVOS	45
4.1.	Objetivo geral	45
4.2.	Objetivos específicos	45
5.	MATERIAIS E MÉTODOS	46

5.1.	Desenho da amostra do nascer no Brasil _____	46
5.2.	Fontes de informação do nascer no Brasil _____	48
5.3.	Variáveis de estudo _____	49
5.4.	Análise estatística _____	53
5.4.1.	Análise de concordância _____	53
5.4.2.	Modelagem estatística _____	57
6.	ASPECTOS ÉTICOS _____	59
7.	RESULTADOS _____	59
7.1.	Prevalências e concordâncias para incompetência istmocervical _____	63
7.2.	Prevalências e concordâncias para condições fetais _____	67
7.3.	Prevalências e concordâncias para problemas com volume do líquido amniótico _____	71
7.4.	Prevalências e concordâncias para isoimunização Rh _____	75
7.5.	Prevalências e concordâncias para placenta prévia _____	80
7.6.	Prevalências e concordâncias para deslocamento prematuro de placenta _____	84
7.7.	Prevalências e concordâncias para amniorrexe prematura _____	87
7.8.	Prevalências e concordâncias para diabetes gestacional _____	92
7.9.	Prevalências e concordâncias para síndromes hipertensivas _____	97
7.10.	Prevalências e concordâncias para ameaça de parto prematuro _____	101
7.11.	Prevalências e concordâncias para sífilis na gestação _____	105
7.12.	Prevalências e concordâncias para infecção urinária na gestação _____	109
7.13.	Prevalências e concordâncias para toxoplasmose na gestação _____	113
7.14.	Prevalências e concordâncias para HIV na gestação _____	117
7.15.	Prevalências e concordâncias para infecção de estreptococo do grupo B na gestação _____	122
7.16.	Modelo logístico para associação entre a discordância encontrada entre as respostas das puérperas no questionário e seu prontuário sobre infecção urinária _____	126
8.	DISCUSSÃO _____	130
9.	CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	136
	REFERÊNCIAS _____	137

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a compreensão de bem-estar de saúde está passando por reformulações, à medida que antes a definição de saúde era pautada única e exclusivamente por marcadores biológicos, indicadores de ausência de doença e, em grande parte, situações que podem ser avaliadas e medidas quantitativamente há, mais recentemente, a compreensão de que esse conceito vai além. É preciso, seguindo essa linha, entender os elementos contextuais da doença, como a percepção do indivíduo sobre seu estado de saúde, o ambiente onde ele vive e está inserido, e tudo o que o cerca. O conceito de saúde da mulher, tema de debate do mundo desde a década de 60, também passa por essas mudanças.

Na área da Saúde Pública, o instrumento considerado padrão ouro para aferição de informações sobre o paciente foi por muitos anos o prontuário. No entanto, características sociodemográficas e outras consideradas importantes para pesquisas epidemiológicas não estão presentes nessa ferramenta. Dados tais quais a perspectiva do paciente em relação às suas próprias condições gerais de saúde, estilo de vida e comportamentos de saúde somente são captados em entrevistas aplicadas aos indivíduos (WU et al, 2014). Tendo em vista o exposto, alguns autores sugerem que a combinação das duas fontes de informação pode resultar em uma avaliação de dados mais completa e precisa (BAI et al, 2014; WU et al, 2014).

No contexto da saúde da mulher, é importante que essas informações sejam coletadas para que se possa estabelecer os níveis e tendências dos indicadores de saúde; identificar as características e determinantes de saúde materna; e monitorar e avaliar a efetividade dos programas dessa área. Levando em conta o exposto, tradicionalmente, emprega-se a razão de mortalidade materna como marcador de saúde da mulher, no entanto, sendo esse um evento raro (em parte pela queda do número de morte materna mundialmente), as informações provenientes dos estudos de mortalidade são insuficientes para avaliação do cuidado prestado. No Brasil, as enfermidades graves que acontecem durante a gravidez e que podem levar a morte são relatadas nos sistemas de informações hospitalares ou de mortalidade (SOUSA et al., 2006; SOUZA et al., 2007; MAGALHÃES; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2012). Entretanto, as patologias que não são graves o suficiente para estar nesses sistemas secundários carecem de informações. Dessa forma, as únicas maneiras possíveis de obter esses dados são através de prontuários

ou entrevistas com as mulheres. Surge então, nesse contexto, a dúvida sobre qual dos dois instrumentos de coleta de dados seria mais indicado para monitorar esse tema.

O Nascido no Brasil, um Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento realizado entre 2011 e 2012 reuniu informações sobre morbidades utilizando os dois instrumentos de coleta de dados supracitados. Antes desse, somente a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006 havia coletado dados a respeito do tema em nível nacional. Todavia, vale ressaltar que na PNDS os relatos das ocorrências dependiam da memória da mãe podendo abranger um período de cinco anos. Já no Nascido no Brasil, os dados foram coletados ainda durante o período de internação referente ao parto, reduzindo esse viés de memória.

Os estudos de confiabilidade surgiram no começo do século XX atrelados a Teoria Clássica dos Testes (TCT), que defende que toda medida pode ser decomposta em duas partes, a verdadeira que não se sabe exatamente qual é, e o erro atrelado a quem a observou (STREINER; NORMAN, 2015). Esse conceito emergiu com o “avanço da ciência positivista e da necessidade de medidas objetivas e válidas para o desenvolvimento de pesquisas clínicas” que deu origem aos trabalhos de instrumentos de avaliação psicológica (ANDREOLI SARTES et al., 2013). O termo confiabilidade remete à palavra precisão e avalia o quanto uma medida é consistente se obtida por diferentes indivíduos, instrumentos ou intervalos de tempo.

Isso exposto, o objetivo do presente estudo foi verificar o nível de concordância entre as informações registradas nos prontuários e entrevistas pessoais das puérperas participantes do Nascido no Brasil. Almejou-se descrever as intercorrências mais frequentes durante a gravidez e apontar aquelas em que o nível de concordância entre os dois instrumentos é menor. Além disso, investigou-se nas condições clínicas e obstétricas onde foram encontradas as menores concordâncias, quais são os seus fatores associados.

Essa dissertação foi estruturada em dez capítulos onde o primeiro introduz o tema, apresentando o conceito de bem-estar de saúde, formas de avaliá-lo no contexto de saúde da mulher e confiabilidade dos instrumentos de coleta de dados. O capítulo dois segue com a revisão bibliográfica, aberta em dois tópicos: Saúde da mulher e confiabilidade. A abordagem sobre saúde materna contempla, ainda, definições das intercorrências clínicas e obstétricas durante a gestação e fontes de informação no contexto de saúde da mulher, enquanto o de confiabilidade abarca a comparação entre o uso do prontuário e da entrevista com o indivíduo. Esse capítulo visa, principalmente, verificar o pensamento de alguns grandes autores sobre os temas abordados neste trabalho.

Os capítulos três e quatro apresentam, respectivamente, a justificativa e os objetivos geral e específicos desse trabalho. No seguinte, capítulo cinco, os materiais e métodos utilizados nesse estudo estão expostos. Nele está a apresentação sobre a pesquisa Nascido no Brasil, seu delineamento amostral, as fontes de informação que foram utilizadas para a coleta dos dados e as variáveis utilizadas nesse estudo. Finaliza-se esse tópico com a apresentação dos métodos estatísticos: análise de concordância (percentual de concordância geral, positiva e negativa; Kappa; e PABAK) e modelagem estatística (regressão logística).

Já no sexto, os resultados são apresentados, iniciando com as características sobre a população de estudo, seguidas pelas prevalências e concordâncias das intercorrências clínicas e obstétricas. Por fim, os resultados do modelo para a intercorrência com menor concordância são expostos.

Nos capítulos sete e oito são apresentados a discussão e as conclusões do presente trabalho, reverberando a trajetória percorrida ao longo do estudo, bem como as considerações finais. No nono, os aspectos éticos são mostrados. Por fim, o capítulo dez contém as referências utilizadas nesse trabalho.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. Saúde da mulher

A saúde da mulher passou a ser tema de debate na década de 60, com o grande crescimento populacional nas regiões menos desenvolvidas. O planejamento familiar entrou em pauta, mas para isso era necessário conhecer informações sobre o comportamento reprodutivo da população e o uso de métodos de contracepção. Nesse contexto, as primeiras Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde (PNDS) surgiram, com a finalidade de “prover dados e análises para um amplo conjunto de indicadores de planejamento, monitoramento e avaliação de impacto nas áreas de população, saúde e nutrição de mulheres e crianças nos países em desenvolvimento” (BERQUÓ, 2008).

No Brasil, as PNDS foram realizadas nos anos de 1986, 1996 e 2006. Esses inquéritos foram os responsáveis pelo levantamento em nível nacional de informações demográficas sobre a saúde da mulher e da criança, abarcando temas como mortalidade e morbidade materna, saúde sexual e reprodutiva e morbimortalidade na infância.

A partir da década de 80, através dos movimentos sociais de luta, temas sobre equidade de gênero e direitos humanos das mulheres vieram à tona levando a debates políticos nacionais e internacionais. Nesse contexto, a garantia das mulheres de participação plena no desenvolvimento social e econômico dos países virou alvo de discussão central. No Brasil, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism) lançado em 1984 pelo Ministério da Saúde representou um marco para a história da saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, sendo a primeira vez que a mulher foi considerada sujeito de direito pleno e separada da visão centrada única e exclusivamente no seu papel maternal.

O Paism promoveu diversas ações de assistência, tais quais: clínica e ginecológica para mulheres de todas as faixas etárias; de melhoraria do pré-natal, parto e puerpério; de planejamento familiar; às mulheres no climatério; ao controle de doenças sexualmente transmissíveis; e ao controle do câncer de colo de útero e de mama.

Esses direitos passaram a ser garantidos pelas legislações nacional, através da promulgação da Constituição de 1988, e mundial, através das conferências promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) em Cairo (1994) e Pequim (1995).

Em meados dos anos 2000 foi realizado um encontro de líderes mundiais membros da ONU onde foram traçadas diretrizes que tinham como objetivo reduzir a pobreza extrema. O documento originado da reunião contou com a assinatura de 191 países que se comprometeram com os chamados Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Ao total, foram criados oito objetivos (Figura 1) que tratavam de temas gerais, além de quinze metas específicas e mensuráveis atreladas a eles. Com isso, foram apresentados quarenta indicadores sociais que serviriam de base para o acompanhamento do cumprimento dos pontos estabelecidos. As metas supracitadas deveriam ser alcançadas até 2015, prazo estabelecido pela ONU (BRASIL, 2013).

Figura 1 - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.



Fonte: ONU Brasil, 2001.

O objetivo cinco referente a saúde da mulher teve como metas mundiais reduzir em 75% a razão de mortalidade materna entre 1990 e 2015 e garantir acesso universal a saúde reprodutiva até 2015. Nesse mesmo ano, após nova reunião da ONU, foram lançados dezessete Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) construídos em cima de metas não alcançadas e novos desafios, com interesse em concretizar os direitos humanos, alcançar a igualdade de gênero e o empoderamento das meninas e mulheres (Figura 2). No objetivo três, cuja missão é “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”, encontram-se as metas referentes à saúde da mulher. Entre elas, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos e assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais até 2030.

Figura 2 - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

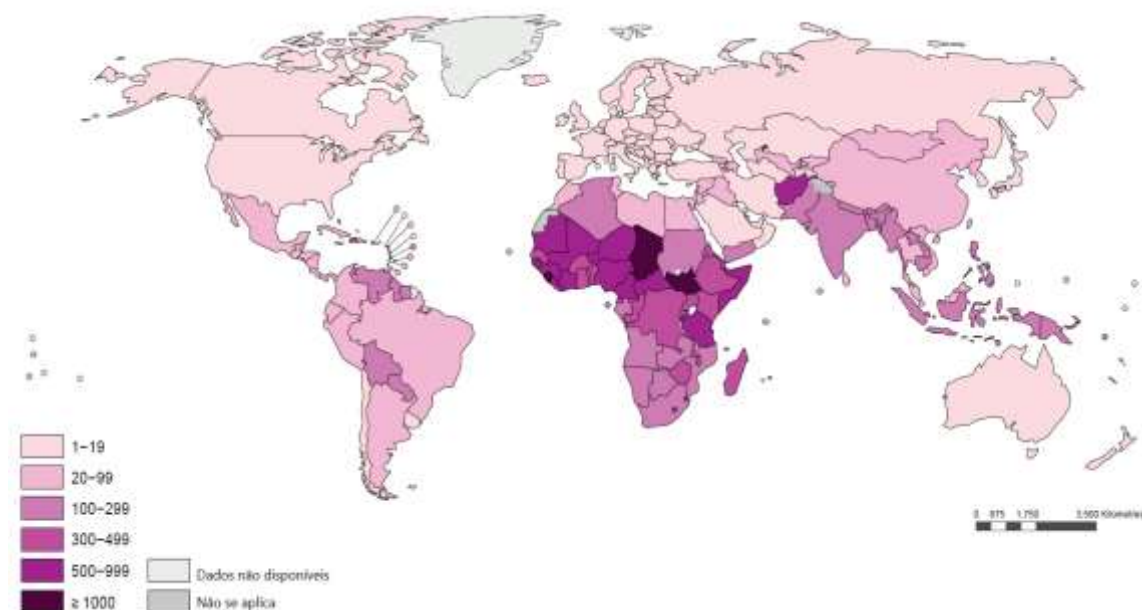


Fonte: ONU, 2015.

Esses objetivos traçados pela ONU, de grande importância para a saúde da mulher a nível nacional e mundial, servem como norteadores para a elaboração de políticas públicas. Além disso, através de seus indicadores é possível acompanhar e comparar a situação de países de todo o mundo, o que pode nortear investimentos.

A morte materna é definida como a morte de mulheres durante a gravidez, o parto ou o período de 42 dias após o parto (puerpério). No levantamento feito pela Organização Mundial da Saúde (OMS), observa-se que a razão de mortalidade materna (RMM) mundial caiu 38,4% entre os anos de 2000 e 2017. Vale ressaltar que essa taxa diminuiu, em média, 2,9% por ano. Além disso, entre as regiões mundiais, a Ásia Central e do Sul obtiveram o maior decréscimo (59,7%), seguido pela Ásia Ocidental e África do Norte (46,6%). De forma oposta, a mortalidade materna diminuiu apenas 22,6% na América Latina e Caribe. Em 2017, a RMM de diversos países foi estimada, conforme figura 3 (OMS, 2019).

Figura 3 - Razão de mortalidade materna (mortes maternas por 100 mil nascidos vivos), 2017.



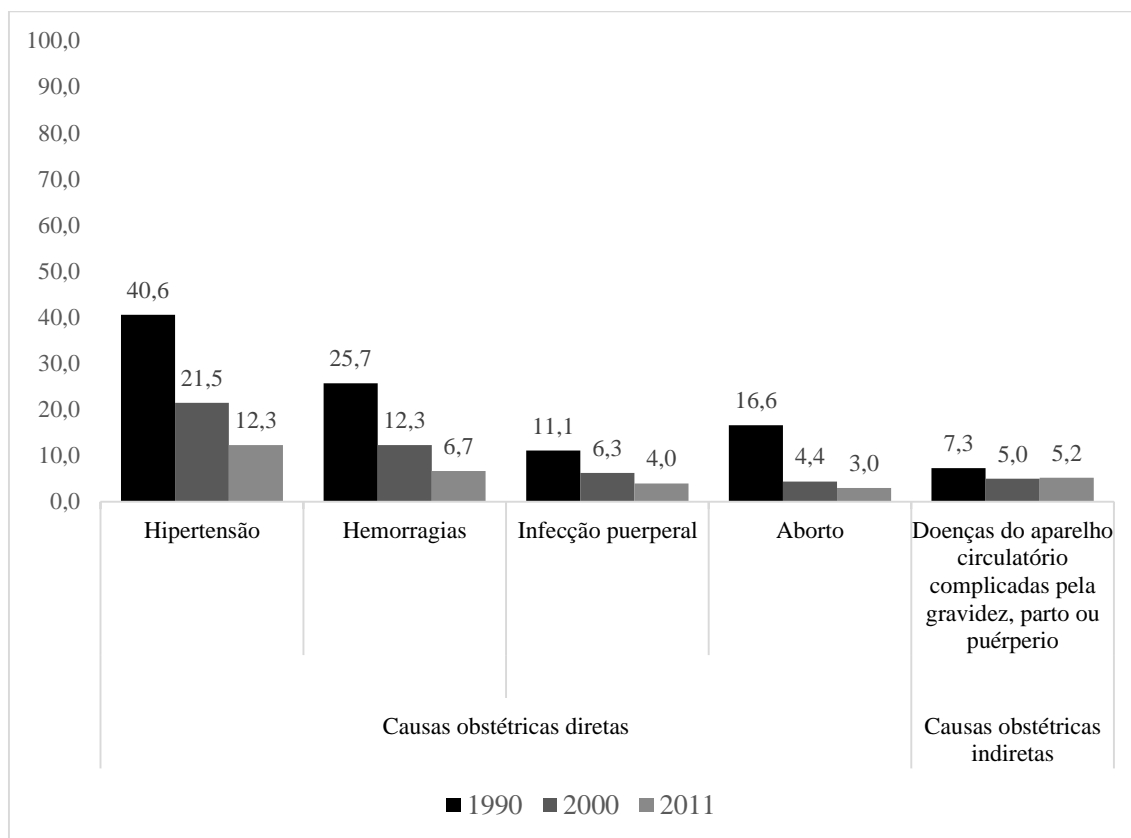
Fonte: OMS, 2019.

Segundo a OMS (2019), aproximadamente 295.000 mortes maternas aconteceram em 2017 e a maioria (86,1%) estava concentrada na África Subsaariana e no sul da Ásia. O percentual de mortes de mulheres em idade fértil em decorrência de causas maternas foi de 9,2%. Dessas mortes, grande parte poderia ter sido evitada. Entre as causas de mortalidade materna, hemorragia foi responsável por 43% dos óbitos, além disso, outras frequentes foram infecções, pressão alta durante a gravidez e complicações decorrentes do parto e aborto inseguro.

No Brasil, em relação a mortalidade materna, deve-se ressaltar que o país se destacou levando em conta a América Latina, onde entre 1990 e 2015 a taxa brasileira caiu 56%. Apesar disso, essa foi de aproximadamente 62 óbitos por 100 mil nascidos vivos (MS, 2017).

Segundo PNUD (2014), a queda da mortalidade materna resultante de complicações durante a gravidez, o parto e o puerpério; de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de eventos associados (causas obstétricas diretas) foi de 67%, sendo essa a maior responsável pela redução na RMM. Além do mais, a mortalidade por causas obstétricas consideradas mais relevantes caiu para todas as categorias entre os anos de 1990 e 2011, de acordo com gráfico 1.

Gráfico 1 - Mortalidade materna segundo causas específicas de óbito (número de óbitos por 100 mil nascidos vivos), 1990, 2000 e 2011.



Fonte: Ministério da Saúde (MS), 2011.

Ainda segundo o PNUD (2014), “no Brasil, um fator que dificulta a redução da mortalidade materna é o elevado número de partos cesáreos”, esse procedimento, feito de maneira indiscriminada, pode aumentar o risco da mãe e do bebê. Nesse contexto, o percentual brasileiro de realização de cesarianas de 1996 até 2011 aumentou, passando de 40,7% para 53,9%. Nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, respectivamente, 60,1%, 59,5% e 58,9% dos partos foram cesáreos.

2.1.1. Intercorrências clínicas e obstétricas durante a gestação

A luz do fato da mortalidade materna ter apresentado queda nas duas últimas décadas, a redução do indicador apresenta desaceleração. Nos últimos anos, pesquisadores do tema identificaram que por conta da representatividade da quantidade de óbitos maternos, os estudos sobre o tema abarcam parte específica da população e podem ser pouco eficientes para retratar a qualidade da saúde materna (SAY et al., 2009).

Dessa forma, faz-se necessário identificar estratégias de ação que incluam as complicações ameaçadoras da vida, e que podem culminar na redução do risco desse acontecimento.

A morbidade materna é definida como qualquer doença mental ou física ou incapacidade decorrente da gravidez, do parto ou do puerpério (KOBILINSKY et al., 2012). Nesse contexto, apesar de a mortalidade materna ser um indicador importante para avaliar as condições de saúde da mulher, o número de mulheres que desenvolvem morbidades maternas abrange uma parcela consideravelmente maior da população. Em geral, a mortalidade materna ocorre em prosseguimento a uma série de intercorrências, que se detectadas a tempo, poderiam evitar os óbitos (MS, 2013).

Nesse contexto, encontra-se o conceito de *near miss* materno que é definido pela OMS como casos de mulheres que quase morreram de uma complicação durante a gravidez, o parto, ou até 42 dias após o parto.

Entre as complicações maternas habitualmente listadas, estão presentes: trabalho de parto prolongado, sangramento excessivo, infecção vaginal e convulsões (SOUZA et al., 2007). Na América Latina, em um estudo exploratório de inquéritos demográficos realizados entre 1995 e 1998, Souza et al. (2007) destacam que a Bolívia apresenta o maior percentual de trabalho de parto prolongado (41,0%) e o Peru aparece em segundo lugar com 34,6%. A proporção de sangramento excessivo foi maior no Peru (34,6%), seguido da Nicarágua (28,3%), aparecendo o Brasil com o menor número entre os países estudados, com 5,4%. Para a infecção vaginal, Bolívia e Peru apresentaram os maiores percentuais de 15,3% e 12,2%, respectivamente. Além disso, Bolívia (8,7%) e Peru (7,4%) também apresentam os maiores percentuais de convulsões. Entretanto, Souza et al. (2007) destacam que os achados podem estar superestimados, tendo em vista que as estimativas dependem da lembrança da mãe, podendo abranger um período de cinco anos desde a gestação e a informação relatada.

No Brasil, aproximadamente 22% das mulheres relataram que alguma complicação ocorreu durante sua gravidez em 2010. Em média, entre as regiões brasileiras, 0,6% das mulheres tiveram eclampsia, tendo o Norte o maior percentual (0,9%). Ainda, 18,4% das mulheres relataram ter tido hemorragia durante a gravidez, sendo o percentual maior no Nordeste (19,4%). Nas regiões Norte e Sul as infecções ocorreram em 2,2% e 1,4% das gravidezes, respectivamente e, no Brasil, em 1% das gravidezes (SOUZA et al., 2010).

Em se tratando dos casos de quase perda materna (*near miss*), foram estabelecidos 25 critérios pela OMS com o intuito de auxiliar na classificação da ocorrência do evento, devido à grande diversidade de definições que levava a diferentes estimativas da incidência e dificultavam a comparação de pesquisas. Dessa forma, pode-se dividi-los em marcadores clínicos, laboratoriais e de manejo (SAY et al., 2009).

Os critérios de manejo foram os segundos mais prevalentes (42,0%) para detectar os casos de *near miss* materno. Dessa forma, entre os mais frequentes estão a transfusão de cinco ou mais unidades de hemácias com 24,0%, a histerectomia pós-infecção ou hemorragia com 18,0% e a indicação do uso de drogas vasoativas (9,3%) (DIAS et al., 2014).

No Brasil, a incidência de casos de quase perda materna (*near miss*) foi de 10,2 por mil nascidos vivos entre meados de 2011 e 2012. Além disso, 51,0% dos casos foram identificados por critérios clínicos. Entre esses, as alterações da frequência respiratória, os distúrbios de coagulação, a cianose aguda e o choque foram os mais sofridos, com respectivas prevalências de 16,8%, 15,0%, 9,8% e 9,6% (DIAS et al., 2014).

Além do exposto, as consequências de morbidades maternas são um ponto importante a ser observado para avaliação da saúde da mulher. Deve-se considerar os anos vividos com incapacidade gerada por complicações no período de gestação, parto e pós-parto. Segundo Tavares et al. (2013), “para cada mulher que morre por complicações da gravidez, aproximadamente trinta sofrem incapacidades, infecções e danos à saúde que são usualmente ignorados”. Ainda, ao conhecer a carga de morbidade materna, pode-se estabelecer diretrizes para a melhoria da saúde da mulher (KOBLYNSKY et al., 2012; TAVARES et al., 2013).

Por fim, os efeitos causados pelas intercorrências maternas podem ser físicos, psicológicos, sociais e econômicos, podendo ser de caráter temporário ou permanente, e podem influenciar na saúde da criança (KOBLYNSKY et al., 2012; ASHFORD et al., 2002). Nesse sentido, é de extrema importância que se conheça essas condições clínicas, onde as mais frequentes, segundo o Ministério da Saúde (2012), são (Quadro 1):

Quadro 1: Intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes.

Intercorrências clínicas e obstétricas
Hiperêmese gravídica
Anemia
Síndromes hemorrágicas
Abortamento
Gravidez ectópica
Doença trofoblástica gestacional (mola hidatiforme)
Descolamento prematuro de placenta
Placenta prévia
Complicações maternas
Diabetes gestacional
Síndromes hipertensivas na gestação
Doença hemolítica perinatal
Problemas no volume do líquido amniótico
Oligodrâmnio
Polidrâmnio
Infecções maternas
Infecção do trato urinário na gestação
Estreptococo do grupo B
Hepatite B
HIV
Sífilis
Toxoplasmose
Complicações fetais
Crescimento intrauterino restrito
Sufrimento fetal
Incompetência istmocervical
Amniorrexe prematura
Trabalho de parto prematuro
Varizes e tromboembolismo
Gestação prolongada

2.1.1.1. Hiperêmese gravídica

Embora náusea seja um sintoma comum nos primeiros meses de gravidez, quando esta torna-se muito intensa, de forma a impedir a alimentação da gestante, é chamada de hiperêmese, e se não tratada, pode evoluir para casos mais graves, como insuficiência hepática. A hiperêmese ocorre em cerca de 1% das gestações (BRASIL, 2012).

2.1.1.2. Anemia

De acordo com a OMS, anemia é definida como nível de hemoglobina abaixo de 11g/dL, podendo ser classificada como leve (nível de 10 a 10,9g/dL), moderada (nível de 8 a 9,9g/dL) e grave (nível abaixo de 8g/dL). Como durante a gestação há aumento do volume plasmático em até 50% e do número total de hemácias circulantes em cerca de 25%, essa hemodiluição faz com que cerca de 50% das gestantes sejam consideradas anêmicas, sendo aconselhado a utilização de outros critérios, como o Volume Corpuscular Médio, no diagnóstico da puérpera (BRASIL, 2012).

2.1.1.3. Síndromes hemorrágicas

2.1.1.3.1. Abortamento

Segundo Brasil (2012), o abortamento “é a morte ou expulsão ovular ocorrida antes de 22 semanas ou quando o concepto pesa menos de 500 g. O abortamento é dito precoce quando ocorre até a 12ª semana e tardio quando ocorre entre a 13ª e 22ª semanas”. Ele pode ser classificado conforme abaixo (Quadro 2):

Quadro 2– Classificação dos tipos de abortamento.

Tipos de aborto	Definições
Abortamento espontâneo	Perda involuntária da gestação.
Ameaça de abortamento	Ocorrência de sangramento uterino com a cérvix fechada sem eliminação de tecidos ovulares.
Abortamento completo	Totalidade do conteúdo uterino foi eliminada.
Abortamento incompleto	Parte do conteúdo uterino foi eliminado.
Abortamento inevitável	Presença de sangramento e dilatação cervical mas ainda não ocorreu eliminação de conteúdo uterino.
Abortamento retido	Morte do embrião ou feto e o mesmo permanece na cavidade uterina, sem ser eliminado. De uma maneira geral o colo se encontra fechado, podendo ocorrer leve sangramento.
Abortamento infectado	Abortamento acompanhado de infecção genital, tais como endometrite, parametrite e peritonite.
Abortamento habitual	Perdas espontâneas e sucessivas de três ou mais gestações.

Fonte: Brasil (2012)

2.1.1.3.2. Gravidez ectópica

A gravidez ectópica acontece quando o óvulo fertilizado se aloja em lugar diferente de cavidade uterina, impedindo o correto desenvolvimento do feto, podendo ocasionar dor e até sangramento durante a gravidez (BRASIL, 2012).

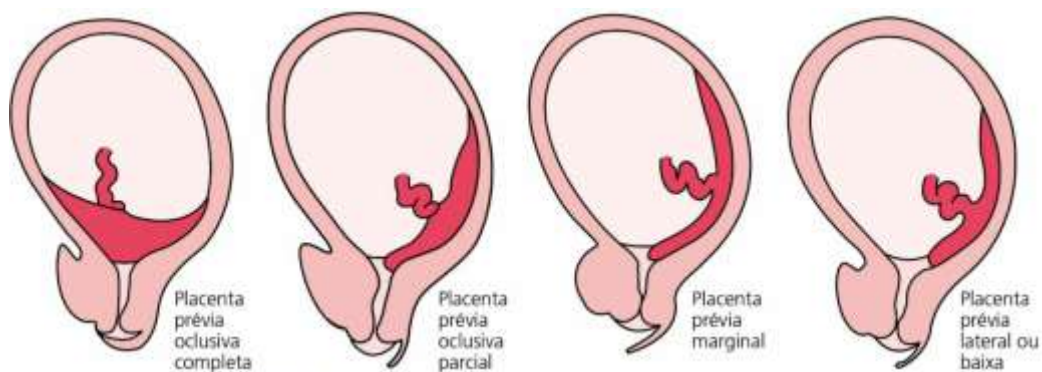
2.1.1.3.3. Doença trofoblástica gestacional (mola hidatiforme)

Ocorre quando há um crescimento anormal das células embrionárias. Geralmente há um rápido aumento da placenta e formação de um tumor, que pode ser benigno ou maligno. Pode ser classificado em mola total, quando toda placenta e embrião se desenvolvem anormalmente, ou mola parcial, quando apenas parte da placenta e embrião se desenvolvem anormalmente (BRASIL, 2012).

2.1.1.3.4. Placenta prévia

A placenta prévia é uma condição em que a placenta se posiciona no segmento uterino inferior obstruindo o colo do útero. Entre os tipos de placenta prévia estão a completa, que cobre totalmente o orifício cervical interno; a que cobre parcialmente; a marginal, onde a borda da placenta alcança a borda do orifício cervical interno; e a lateral ou baixa, onde a implantação se encontra no segmento inferior, conforme figura 4 (MARTINS-COSTA et al., 2017):

Figura 4 - Tipos de placenta prévia.



Fonte: Martins-Costa et al., 2017

Entre as semanas 10 e 20 da gestação, em torno de 1 a 6% de casos são diagnosticados. Desses, somente de 0,1 a 1,5% perduram no terceiro trimestre. Mulheres com essa condição clínica comumente sangram de forma recorrente, progressiva, e com começo e fim súbitos, durante o segundo ou terceiro trimestre de gravidez. Esse fato aumenta o risco de desfechos adversos maternos e perinatais. Os fatores de risco associados a essa intercorrência são idade materna avançada, paridade, tabagismo materno, histórico de cesárea anterior, entre outros (ROSENBERG et al., 2011; MARTINS-COSTA et al., 2017).

2.1.1.3.5. Descolamento prematuro de placenta (DPP)

O deslocamento prematuro de placenta acontece quando ela se separa parcial ou totalmente do corpo do útero, de forma prematura, depois da vigésima semana de gestação e antes do nascimento do feto (NOMURA, 2006). As causas do DPP podem ser divididas em traumáticas (externas e internas) e não traumáticas. Entre as traumáticas externas, estão os acidentes e traumas, já entre as traumáticas internas, situam-se os movimentos fetais excessivos, o cordão umbilical curto, entre outras (SOUZA & CAMANO, 2006; MARTINS-COSTA et al., 2017).

Entre os fatores que criam condições para o surgimento dessa complicação obstétrica (causas não traumáticas) estão a hipertensão arterial, multiparidade, cesárea prévia, diabetes mellitus, descompressão uterina rápida, uso de drogas lícitas e não lícitas e etc. Vale destacar que a hipertensão arterial materna está presente em cerca de 75% dos casos de DPP e mulheres com essa morbidade possuem risco cinco vezes maior em relação as grávidas não hipertensas de desenvolver essa doença (SOUZA & CAMANO, 2006).

O deslocamento prematuro de placenta é frequente em 0,2 a 3% das mulheres grávidas. Seu impacto é substancial sobre a morbidade e mortalidade materna e perinatal. Mulheres acometidas pelo DPP têm maior incidência de anemias, infecções, coagulopatias e histerectomia (CARDOSO et al., 2012; NOMURA, 2006).

2.1.1.4. Complicações maternas

2.1.1.4.1. Diabetes gestacional

Por muitos anos, a diabetes mellitus gestacional (DMG) foi caracterizada por qualquer grau de intolerância à glicose com início ou primeiro reconhecimento na gestação. Vale ressaltar, no entanto, que em 2010 a International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG) recomendou que mulheres de alto risco¹ diagnosticadas na primeira consulta de pré-natal, usando o critério de diagnóstico reconhecido como padrão ouro, sejam classificadas como portadoras de diabetes pré-gestacional. Sendo assim, a diabetes mellitus gestacional é a detectada no segundo ou terceiro trimestre da gestação e que, claramente, não era pré-existente (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION et al., 2010; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION et al., 2019).

A DMG acontece quando a resistência à insulina aumenta durante a gravidez para garantir que o feto receba níveis de nutrientes adequados. Esse fato resulta em uma deficiência na ação da insulina no segundo trimestre da gravidez. Nesse cenário, idealmente, a síntese e secreção de insulina são suficientes para lidar com tal quadro, todavia, em algumas gestantes, essa resposta é inadequada e a hiperglicemia se desenvolve (MARTINS-COSTA et al., 2017; EGAN & DUNNE, 2019).

Nos últimos trinta anos, estima-se que houve um aumento de grande magnitude na prevalência de diabetes gestacional. Esses números variam de acordo com as populações em estudo e os diferentes critérios de diagnóstico. De acordo com a International Diabetes Federation (IDF), no mundo, 16,2% dos nascidos vivos em 2017 foram afetados por alguma forma de hiperglicemia na gestação e a maioria (86,4%) é de DMG (CHO et al., 2018).

De acordo com McIntyre et al. (2019), a prevalência mediana de DMG é mais alta no Oriente Médio e em alguns países do norte da África (15,2%), seguida das regiões do Sudeste Asiático (15,0%), Pacífico Ocidental (10,3%), Américas Central e do Sul (11,2%), África Subsaariana (10,8%) e América do Norte e Caribe (7,0%). A menor

¹ Com histórico familiar de diabetes, hipertensão, síndrome do ovário policístico, sedentarismo, idade materna avançada, entre outras condições clínicas associadas com a resistência à insulina (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION et al., 2019).

prevalência pontual de DMG é na Europa com mediana de 6,1%. Vale destacar que uma variação considerável foi observada, tanto entre regiões quanto entre países (Figura 5).

Figura 5 - Prevalência mediana global (%) de diabetes mellitus gestacional e seus intervalos interquartílicos, 2005-2018.



Fonte: Mcintyre et al. (2019).

Segundo Martins-Costa et al. (2017), a prevalência de DMG na gestação vêm crescendo concomitantemente à epidemia de obesidade, aumento da idade materna e do sedentarismo. Nesse contexto, enquanto a frequência de hiperglicemia na gravidez em mulheres com idade entre 20 e 24 anos foi de 9,8%, em mulheres de 45 a 49 anos foi de 45,1% (CHO et al., 2018).

Essa intercorrência está associada ao aumento do risco de complicações durante a gravidez, tanto para a mãe quanto para o feto, tais quais, principalmente, as síndromes hipertensivas da gestação e as relacionadas ao crescimento e adiposidade fetal excessivos. Embora, usualmente, a evolução dessa condição clínica não aconteça para além da gravidez, mulheres que tiveram DMG possuem, ao longo do tempo, um risco maior de terem diabetes tipo 2 (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION et al., 2019).

2.1.1.4.2. Síndromes hipertensivas na gestação (SHG)

As síndromes hipertensivas durante a gravidez são classificadas, seguindo recomendações da *International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy* (ISSHP), em: hipertensão crônica (essencial ou primária), do avental branco, mascarada, gestacional transitória, gestacional e pré-eclâmpsia com ou sem hipertensão crônica sobreposta. As três primeiras precedem a gravidez ou são diagnosticadas até a 20ª semana, já as outras aparecem após esse período (BROWN et al., 2018).

A hipertensão arterial (HA) na gravidez é constatada quando se encontra uma medida de pressão arterial sistólica igual ou superior a 140mmHg ou, diastólica, de 90mmHg. Vale ressaltar que para ser considerada com hipertensão arterial sistêmica (pressão alta) a HA da gestante deve ser reconfirmada após repouso. Isso exposto, a hipertensão arterial que precede a gravidez é intitulada de crônica. Nesse contexto, levando em consideração que grande parte das mulheres não teve a pressão aferida antes da gravidez, considera-se que a HA diagnosticada até a 20ª semana de gestação já deveria existir antes e, nesse caso, também deve ser classificada como crônica (BROWN et al., 2018).

A hipertensão do avental branco é identificada em indivíduos que quando tem a pressão sanguínea aferida em casa ou no trabalho, apresentam medidas dentro dos padrões de normalidade (< 135/ 85 mmHg), entretanto, quando realizadas no consultório médico ou hospital são consideradas altas (\geq 140/ 90 mmHg). Usualmente, o diagnóstico é feito através de medidas seriadas, preferencialmente realizadas por enfermeiro(a)s (BROWN et al., 2018).

De forma oposta, a hipertensão mascarada é caracterizada por medidas de pressão arterial normais quando aferidas nas visitas médicas, mas elevadas em outros momentos. Normalmente é diagnosticada através de monitoramento ambulatorial da pressão arterial (MAPA) por 24 horas. Desconfia-se de tal condição quando o paciente tem sintomas comuns à hipertensão, mas sem hipertensão aparente (BROWN et al., 2018).

A hipertensão gestacional transitória aparece no segundo ou terceiro trimestre da gravidez. Usualmente, é detectada no consultório médico, todavia após acompanhamento da pressão sanguínea por algumas horas num serviço de assistência hospitalar, desaparece. A condição intitulada “avental branco” difere dessa por estar presente antes do início da gestação (BROWN et al., 2018).

A hipertensão gestacional é a que surge após a 20ª semana de gravidez. Já a pré-eclâmpsia (PE) é a hipertensão gestacional acompanhada de uma ou mais das seguintes condições: proteinúria (presença de altos níveis de proteínas na urina), disfunções maternas (perda da função renal, disfunção hepática, complicações neurológicas, complicações hematológicas) e disfunções uteroplacentária (RCF, artéria umbilical alterada, feto natimorto). Entre as desordens características da pré-eclâmpsia, estão algumas consideradas de maior seriedade cujo grupo é intitulado “síndrome HELLP”, são elas: hemólise, enzimas hepáticas elevadas e trombocitopenia (deficiência de plaquetas no sangue) (MARTINS-COSTA et al., 2017; BROWN et al., 2018).

A pré-eclâmpsia com hipertensão crônica sobreposta é identificada quando uma gestante com hipertensão primária crônica desenvolve qualquer uma das anomalias presentes na pré-eclâmpsia (BROWN et al., 2018).

Segundo Martins-Costa et al. (2017), a eclâmpsia se dá quando acontecem convulsões tônico-clônicas, comas ou ambos em puérperas ou mulheres grávidas com diagnóstico de pré-eclâmpsia, descartadas as associações com outras doenças do sistema nervoso central. Entre os sintomas que antecedem a eclâmpsia estão a hipertensão (75%), cefaleia, distúrbios visuais e dor no hipocôndrio direito com respectivamente percentuais de 75, 66, 27 e 25.

As síndromes hipertensivas atingem de 3 a 10% de todas as gestações, elas figuram entre as principais causas de morbidade e mortalidade materna e fetal no mundo. A incidência global de pré-eclâmpsia e eclâmpsia variam de, respectivamente, 2,7 a 8,2% e 1,0 a 2,0% das gestações. A PE é responsável, anualmente, por mais de 500 mil mortes fetais e neonatais e por mais de 70 mil mortes maternas. No Brasil, cerca de 20% da mortalidade materna é atribuída à essas desordens. As complicações maternas geradas pelas SHG podem ser cardiovasculares, renais, hematológicas, neurológicas, oftalmológicas, hepáticas e placentárias (ABALOS et al., 2013; MARTINS-COSTA, 2017; UKA et al., 2018; BROWN et al., 2018).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento dessas doenças são idade materna avançada, obesidade, gravidez múltipla, terapias de reprodução assistidas, histórico de pré-eclâmpsia anterior, diabetes pré-gestacional, entre outros (UKA et al., 2018; BROWN et al., 2018).

2.1.1.4.3. Isoimunização Rh

A isoimunização Rh é caracterizada pela exposição de um indivíduo à uma substância estranha ao organismo que desencadeia a produção de anticorpos (antígeno). Esse fenômeno pode ocorrer durante a gestação, quando há a incompatibilidade sanguínea materno-fetal, onde a mulher é Rh negativo e o feto Rh positivo (BRASIL, 2012). Seguem abaixo as principais formas de exposição (Quadro 3):

Quadro 3 - Formas de exposição materna ao sangue fetal

Espontânea	Traumática
Momento do parto	Amniocentese
Deslocamento prematuro de placenta	Biópsia de vilosidades coriônicas
Abortamento espontâneo	Cordocentese
Morte fetal intraútero	Abortamento induzido
Gestação ectópica	Transfusão sanguínea intrauterina
Mola hidatiforme	Versão externa
	Manipulação obstétrica
	Trauma abdominal

Fonte: Brasil, 2010.

Os anticorpos anti-D, ao atravessarem a barreira placentária, provocam a doença hemolítica perinatal (DHP), que acontece em 80% a 90% dos casos por essa incompatibilidade. A DHP pode ter graves consequências, gerando morbidade e mortalidade fetal e perinatal. Como prevenção, deve-se recorrer à profilaxia com imunoglobulina anti-D para as mulheres com fator Rh negativo, essas doses variam conforme a situação da mulher, estando ela no pré-natal, na gestação ou no pós-parto. Embora esses procedimentos sejam divulgados e conhecidos mundialmente, cerca de cinco a cada mil gestações são afetadas pela isoimunização Rh (BRASIL, 2012).

2.1.1.5. Problemas com o volume do líquido amniótico

O líquido amniótico (LA) é responsável por proteger e sustentar o feto durante a gestação. A oligodramnia é caracterizada pelo baixo volume de líquido amniótico para uma idade gestacional definida e, de forma oposta, a polidramia é considerada o alto volume (MARTINS-COSTA et al., 2017). Para avaliar a quantidade de LA, o índice de

líquido amniótico (ILA) foi proposto por Phelan et al. (1987), considerando as imagens de ultrassonografia da gestante.

A incidência de oligodramnia varia de 0,5 a 5,5% dependendo da população de estudo, idade gestacional e de como foi definida (MADI et al., 2005; SOUZA et al., 2013). Tradicionalmente, essa intercorrência vem sendo associada a desfechos adversos maternos e perinatais. No entanto, isoladamente, estudiosos ainda buscam entender se ela tem impacto potencial nesses eventos (ASHWAL et al., 2014; MUNN et al., 2011).

A polidramnia é incidente em 1 a 3% das gravidezes e está associada a anomalias congênitas, parto prematuro e mortalidade perinatal (VOLANTE et al., 2004; PRI-PAZ et al., 2012; AVIRAM et al., 2015).

2.1.1.6. Infecções maternas

2.1.1.6.1. Sífilis

A sífilis é uma doença bacteriana sexualmente transmissível (DST) causada pelo *Treponema pallidum*, sua prevalência estimada global foi de 0,5% para mulheres em todo o mundo (ROWLEY et al., 2019). Essa condição clínica apresenta diferentes estágios, definidos no quadro 4. Segundo Martins-Costa et al., (2017), “considera-se sífilis adquirida recente quando a evolução for menor de 1 ano, e tardia (latente tardia e terciária), após esse período”.

Quadro 4 - Manifestações clínicas da sífilis.

Estágios da sífilis	Manifestação clínica
Primária	Úlcera - cancro, adenopatia
Secundária	Erupção cutânea, adenopatia, hepatite, artrite, glomerulonefrite
Latente	Assintomática
Terciária	Cutânea - lesão comatosa Cardiovascular - aneurisma da aorta, insuficiência aórtica Sistema nervoso central - <i>Tabes dorsalis</i> , convulsão, demência, paresias, alterações psiquiátricas, Pupilas de Argyll Robertson

Fonte: Adaptado de Martins-Costa et al., (2017).

Na gravidez, a sífilis pode levar ao abortamento, a morte fetal intrauterina, ao baixo peso ao nascer, a prematuridade e a morte neonatal. Sem tratamento adequado, sua

transmissão pode ocorrer da mãe para o feto (sífilis congênita) com risco diretamente relacionado à etapa da doença, sendo alto nos quatro anos iniciais da infecção materna. Embora, há décadas, o diagnóstico e a prevenção da sífilis congênita sejam conhecidos mundialmente, a transmissão continua sendo um problema de saúde pública (NEWMAN et al., 2013). De acordo com Martins-Costa et al., (2017):

O conceito, uma vez infectado, poderá apresentar sífilis congênita precoce ou tardia. Na sífilis congênita precoce, cujas manifestações ocorrem até o segundo ano de vida, pode-se ter um comprometimento cutâneo mucoso, em que os pênfigos palmoplantares poderão fazer parte dessa fase, provocando seguidamente uma grande área de descamação da epiderme. A sífilis congênita tardia inicia no terceiro ano de vida, podendo provocar alterações ósseas e articulares, surdez, alterações dentárias, lesões oculares, nariz em cela, perfuração do palato duro, etc. Ainda como manifestação dessa fase, podem ocorrer comprometimentos como *tabes dorsalis*, meningite, paralisia geral, nefrite subaguda, entre outros.

No Brasil, 49.013 casos de grávidas com sífilis foram notificados em 2017. No mesmo ano, a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 17,2 casos por mil nascidos. Já a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 8,6 casos por mil nascidos vivos. Desses casos congênitos, 56% tiveram o diagnóstico antes do parto. Os óbitos por sífilis congênita representam 7,2 casos por 100 mil nascidos vivos (MS, 2018).

2.1.1.6.2. Infecção urinária

A infecção urinária é definida pela presença e replicação de bactérias no trato urinário, provocando lesões de graus variados. Essa enfermidade pode ser dividida em quatro quadros clínicos, relacionados entre si: bacteriúria assintomática (BA), uretrite, cistite e pielonefrite. Segundo Duarte et al. (2008), a bacteriúria assintomática somente é identificada por exames laboratoriais e é considerada um dos fatores antecessores à pielonefrite. Entre os fatores de risco para o surgimento dessa condição clínica estão a anemia, hipertensão, diabetes, anormalidades do trato urinário e o tabagismo (DUARTE et al., 2008).

Já as uretrites são inflamações ou infecções na uretra que causam sensação de dor, ardor e/ou desconforto ao urinar (disúria), além de aumento do número de micções com diminuição do volume da urina (polaciúria). Nesse contexto, a cistite é a inflamação ou infecção causada por bactérias que afetam a bexiga, seus sintomas englobam a disúria, polaciúria, necessidade urgente de urinar, dores na bexiga, febre e sangue na urina nos casos mais graves. Por fim, a pielonefrite é uma doença inflamatória infecciosa,

potencialmente grave, que acomete os rins. Seus sintomas são de dor abdominal, febre, mal-estar, náuseas e vômitos que podem ocasionar desidratação, calafrios, cefaleia e taquipnéia e podem evoluir para uma doença renal crônica (DUARTE et al., 2008).

Embora a infecção do trato urinário seja comum a muitas mulheres, na gravidez ela pode apresentar consequências mais graves tanto para a gestante quanto para o feto. A presença dessa intercorrência na gestação tem sido associada a pré-eclâmpsia, anemia, endometrite, corioamnionite podendo ocasionar trabalho de parto e parto prematuros, baixo peso ao nascer, ruptura prematura das membranas amnióticas, restrição do crescimento uterino, paralisia cerebral e óbito perinatal (DUARTE et al., 2008).

A infecção do trato urinário é a segunda doença mais comum entre as gestantes, atrás apenas de anemia. Cerca de 2 a 10% da população obstétrica é atingida pela bacteriúria assintomática, 1 a 15% pela cistite e 2% pela pielonefrite. Das gestantes acometidas pela BA, 30% desenvolvem pielonefrite se não tratadas adequadamente (DUARTE et al., 2008).

2.1.1.6.3. Infecção pelo HIV

O vírus da imunodeficiência humana, mais conhecido como HIV, ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. Ele se instala dentro do DNA dos leucócitos, células brancas de defesa, fazendo cópias de si mesmo até romper as células e vai em busca de outras para continuar a infecção. Com o sistema de defesa enfraquecido, o organismo vai perdendo a capacidade de responder adequadamente e torna-se vulnerável a doenças. O estágio mais avançado do HIV é intitulado “aids” (síndrome da imunodeficiência adquirida), onde doenças oportunistas aparecem, tais quais: hepatites virais, tuberculose, pneumonia, toxoplasmose e alguns tipos de câncer (MS, 2019).

O HIV é sexualmente transmissível e pode ser passado da mãe para o feto durante o período intrauterino, no trabalho de parto e parto ou na amamentação. Por isso, recomenda-se que todas as gestantes sejam testadas para HIV durante a primeira consulta de pré-natal. Em caso positivo, a grávida e posteriormente o recém-nascido receberão a profilaxia para que a transmissão não aconteça (MS, 2019).

No mundo, 2,6 milhões de novas infecções pelo HIV acontecem por ano das quais 75,4% são na África subsaariana, seguido do sul da Ásia com 8,5% de novos casos

(WANG et al., 2016). Estima-se que 3.600 mortes maternas indiretas relacionadas ao HIV ocorreram em 2017. A razão de morte materna indireta relacionada ao vírus foi de 3 mortes para cada 100 mil nascidos vivos. Nessa linha, 1,22% das mortes maternas globais aconteceram associadas ao HIV na gestação (OMS, 2019).

A transmissão vertical é a maior responsável pelos casos de crianças infectadas pelo HIV. Dessa forma, diversas iniciativas foram tomadas em escala global para combater essa transmissão e melhorar a saúde das gestantes vivendo com o vírus. Em 2015, 77% das grávidas com HIV estavam recebendo a medicação necessária para prevenir a transmissão materno-infantil. De 2015 para 2016, houve uma redução de 27% de novas infecções em crianças. Ainda assim, 120 mil crianças morreram em 2016 em decorrência da aids (MARY et al., 2017).

No Brasil, 42.420 novos casos de HIV e 37.791 de aids foram registrados em 2017, com taxa de detecção de 18,3 casos por 100 mil habitantes. Entre esses casos, 7.882 foram de notificações de gestantes infectadas pelo vírus. Assim, a taxa de detecção de HIV entre as mulheres grávidas foi de 2,8 casos por mil nascidos vivos (MS, 2018). Em relação a transmissão vertical, 65% dos casos acontecem durante o trabalho de parto e parto e o aleitamento continuado contribui com um risco adicional de 7 a 22%. Ainda, a taxa brasileira de detecção de crianças menores de 5 anos com HIV vem apresentando queda nos últimos anos e foi de 2,8 casos por mil nascidos vivos em 2014 (DE LIMA et al., 2017; MARTINS-COSTA et al., 2017).

2.1.1.6.4. Toxoplasmose

A toxoplasmose é uma doença causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii* que pode ser encontrado nas fezes de gatos, água, frutas, verduras, carne crua ou malcozida e em solo contaminados. Os seres humanos são infectados por meio da ingestão dessa água e alimentos. É uma das doenças transmitidas por animais (zoonoses) mais comuns no mundo. Os agravos da toxoplasmose são variados e dependem do estágio da doença. Na maioria das vezes os casos são assintomáticos ou apresentam sintomas inespecíficos. No entanto, pessoas com baixa imunidade, podem apresentar febre, dor de cabeça, confusão mental, falta de coordenação motora, convulsões, toxoplasmose ocular e cerebral (MARTINS-COSTA et al., 2017; MS, 2019).

A infecção durante a gestação pode levar ao abortamento, prematuridade, restrição de crescimento intrauterino e infecção congênita com ou sem malformações. O risco da transmissão fetal aumenta conforme o estágio da gravidez, quanto mais avançado, maior o risco. A toxoplasmose congênita pode levar meses ou anos para se manifestar, sua severidade está associada a idade em que o feto foi infectado, sequelas mais graves tendem a ser de fetos infectados no início da gravidez. Entre os sinais clássicos sugestivos da criança com toxoplasmose transmitida pela mãe estão coriorretinite, hidrocefalia ou microcefalia e calcificações intracranianas. Outros sintomas comuns a transmissão materno-infantil são anemia, trombocitopenia, pneumonia, icterícia e retardo mental (AMENDOEIRA & COURA, 2010; MARTINS-COSTA et al., 2017; MS, 2019;).

A prevalência mundial de toxoplasmose em humanos varia de 20 a 90%, de acordo com fatores sociais, econômicos, culturais e climáticos das diversas populações. Nos Estados Unidos e Reino Unido, estima-se que de 16 a 40% das pessoas foram infectadas enquanto na América Latina e Europa continental esses percentuais chegam a 50-80% da população. No Brasil, foi encontrada prevalência de toxoplasmose de 4,8 casos a cada mil gestantes. Já a doença congênita foi encontrada em 0,9 infectados para cada 1000 neonatos e a taxa de transmissão materna foi de 18,5% (DUBEY, 2004; MARTINS-COSTA et al., 2017).

2.1.1.6.5. Infecção de estreptococo do grupo B

A estreptococo do grupo B (ECG) é uma bactéria que normalmente “pode ser encontrada no trato gastrointestinal, pele, vias respiratórias superiores e aparelho urogenital de seres humanos” e sua presença muitas vezes é assintomática, embora em alguns casos possa levar a infecção urinária, sepse, entre outros. No entanto, quando no organismo materno, “pode comprometer a evolução da gravidez, causando abortamento, prematuridade, corioamnionite e endometrite puerpera”. Além disso, a presença da ECG se torna um risco para o recém-nascido, que pode ser contaminado no momento do parto. Essa bactéria, no neonato, é um dos principais agentes causadores de sepse, meningite, pneumonia e etc (BASTOS et al., 2012). A mortalidade de cerca de 2% a 6% dos recém-nascidos se dão por infecções em berçários e, entre os infectados, de 25 a 50% têm sequelas neurológicas (LINHARES et al., 2011).

2.1.1.6.6. Hepatite B

Doença causada pelo vírus da hepatite B (VHB), é transmitida por via sexual ou parental e pode se manter no organismo sem apresentar seus sintomas, aumentando o risco de contágio. Há vacina para a doença e é de grande importância a detecção nas grávidas para se evitar a transmissão vertical, sendo recomendado pelo Ministério da saúde a triagem sorológica durante a gestação.

2.1.1.7. Complicações fetais

2.1.1.7.1. Crescimento intrauterino restrito (CIUR)

O crescimento intrauterino restrito, também chamado de restrição de crescimento fetal (RCF), é caracterizado pela falha do feto em atingir o seu potencial de crescimento genético por conta de patologias de causas diversas (MARTINS-COSTA et al., 2017). Esse potencial, usualmente, é determinado com base em curvas de crescimento que identificam percentis do peso ao nascer segundo a idade gestacional (IG) (LUBCHENCO et al., 1963). Para que seja caracterizado o CIUR, grande parte dos estudiosos considera que o crescimento fetal deve estar abaixo do percentil dez tendo em vista a idade gestacional, e que essa alteração deve ser consequência de algum mecanismo patológico (MARTINS-COSTA et al., 2017; PEREIRA et al., 2014).

Ao longo dos anos, diferentes curvas de crescimento foram feitas conforme características das populações específicas de estudo e pesquisadores consideraram importante que essas distinções sejam levadas em conta (SÁ et al., 2014).

Nesse contexto, observou-se que existiam fetos considerados pequenos para a idade gestacional (PIG), com o crescimento localizado abaixo do percentil dez da curva, mas que não possuíam anormalidades patológicas de crescimento e, sim, eram constitucionalmente pequenos. Esses estão localizados na extremidade inferior da curva. De forma oposta, foram observados fetos com o crescimento classificado como apropriado para a idade gestacional (AIG), localizados dentro dos percentis considerados de normalidade, mas que não atingiram o seu potencial de crescimento (EGO, 2013; UNTERSCHIEDER, 2013).

Cerca de 10% da população obstétrica é afetada pelo crescimento intrauterino restrito, podendo esse percentual variar regionalmente, levando em conta condições sociais e de saúde. Essa intercorrência está associada a morbidades e mortalidade neonatal.

2.1.1.7.2. Sofrimento fetal

O sofrimento fetal acontece quando o provimento de oxigênio para o feto diminui ou não existe durante a gestação, trabalho de parto ou parto. Os principais fatores sinalizadores dessa condição são batimentos cardíacos fetais irregulares e/ou movimentação fetal diminuída. A hipóxia intrauterina está associada a uma série de condições maternas, placentárias e fetais que podem se manifestar de diferentes formas e ter desfechos variados. Sendo assim, pode-se classificar essa morbidade em três tipos: hipóxia pré-placentária, hipóxia uteroplacentária e hipóxia pós-placentária (HUTTER et al., 2010; FAJERSZTAJN & VERAS, 2017).

No primeiro tipo, mãe e feto apresentam hipóxia. As patologias maternas são as principais causadoras, pois podem reduzir a concentração de oxigênio na corrente sanguínea das grávidas, tais quais: anemia severa, problemas respiratórios e cardíacos, infecções e inflamações crônicas. Além disso, ambientes de alta altitude também podem levar a essa condição. Com a hipóxia pré-placentária, há risco aumentado de resultados adversos na gravidez (HUTTER et al., 2010).

No segundo tipo somente a circulação uteroplacentária é prejudicada. A hipóxia uteroplacentária se relaciona a placentação anormal no começo da gestação e a doença vascular placentária em fases mais avançadas da gravidez. Gestações acometidas pelo crescimento intrauterino restrito, pré-eclâmpsia, diabetes e hipertensão podem desenvolver essa morbidade. Após essa condição, o risco para a mãe e para o feto de desenvolvimento de doenças cardiovasculares é maior (HUTTER et al., 2010).

Na hipóxia pós-placentária, somente o feto apresenta oxigenação diminuída. Essa intercorrência está associada à diminuição do fluxo da artéria uterina, insuficiência cardíaca fetal progressiva ou anomalias genéticas graves (HUTTER et al., 2010).

Por fim, se o sofrimento fetal não for devidamente identificado e tratado, o feto não consegue atingir o seu potencial de crescimento genético. Assim, essa condição clínica pode levar ao aborto, asfixia, falha de órgãos, paralisia cerebral, parto prematuro

e morbidade e morte perinatais (HUTTER et al., 2010; FAJERSZTAJN & VERAS, 2017).

2.1.1.8. Incompetência istmocervical (IIC)

Durante a gestação, o colo do útero (ou cérvix uterina) é responsável por manter o concepto dentro da cavidade uterina até sua maturidade e, posteriormente, dilatar para permitir sua passagem. Tal habilidade é conhecida como competência do colo uterino. De forma oposta, a incompetência istmo-cervical é conhecida como a incapacidade do colo do útero em manter uma gestação. Essa intercorrência ocorre, usualmente, durante o segundo trimestre ou, menos frequentemente, nas primeiras semanas do terceiro trimestre e resulta no deslocamento ou rompimento das membranas fetais causando a expulsão do feto vivo (LOTGERING, 2007).

Do total de mulheres grávidas, 1% são afetadas pela ICC, ocasionando de 10 a 25% das perdas recorrentes no segundo trimestre, bem como 10% dos partos prematuros (MARTINS-COSTA, 2017).

2.1.1.9. Amniorrexe prematura

A amniorrexe prematura, também conhecida como ruptura prematura das membranas (RPM) caracteriza-se pela perda da integridade das membranas ovulares antes do início das contrações uterinas (trabalho de parto) (MARTINS-COSTA et al., 2017; SCANDIUZZI et al., 2014).

Cerca de 8% da população obstétrica é acometida por essa condição clínica, sendo que 20 a 30% dos casos acontecem antes da 37ª semana de gestação (RPM pré-termo), fato que está associado à um terço dos partos prematuros (SILVA et al., 2014; SCANDIUZZI et al., 2014).

O período de latência, intervalo de tempo entre a ruptura e o início do trabalho de parto, e a idade gestacional tendem a ser inversamente proporcionais, ou seja, quanto menor for a IG, maior é o período de latência, habitualmente. Isso exposto, um período de latência longo implica em um maior risco de infecções maternas e perinatais. Sendo assim, gestações onde acontece a amniorrexe prematura pré-termo apresentam maiores riscos (PIERRE et al., 2003; MARTINS-COSTA et al., 2017).

Entre os fatores de risco para a RPM estão: rupreme prévia, trauma abdominal, infecções, uso de drogas, entre outros (MARTINS-COSTA et al., 2017).

2.1.1.10. Ameaça de parto prematuro

O parto prematuro, antes das 37 semanas de gestação é de difícil previsão e está associado a morbidade e mortalidade perinatal, representando um desafio médico. Nesse contexto, a ameaça de parto prematuro é quando o trabalho de parto (TP) acontece entre 24 e 37 semanas de gestação. Mulheres com TP prematuro apresentam regulares e dolorosas contrações uterinas e sua cérvix começa a dilatar (EROGLU et al., 2007; GARCÍA-BLANCO et al., 2017).

O diagnóstico da ameaça de parto prematuro ou trabalho de parto prematuro (TPP) é de difícil detecção, levando em consideração que a suspeita vem da percepção das contrações pela gestante. Dessa forma, o trabalho de parto prematuro é uma das principais causas de internação de grávidas. Apesar disso, menos de 10% dessas mulheres irão ter um parto prematuro. Nesse contexto, existe uma exposição a tratamentos desnecessários entre essas gestantes que apresentaram alarme falso, além de custos altos para os sistemas públicos de saúde. Isso exposto, estudiosos vêm ao longo dos últimos anos tentando identificar um método confiável de confirmação do trabalho de parto prematuro (SOTIRIADIS et al., 2010; LUCOVNIK et al., 2013; GARCÍA-BLANCO et al., 2017).

Os fatores de riscos envolvidos nessa intercorrência englobam infecções, histórico de prematuridade anterior, fertilização in-vitro, gravidez múltipla, obesidade, entre outras condições maternas. Apesar disso, as mesmas adversidades são encontradas em partos a termos. Sendo assim, ainda é de complexa compreensão a etiologia dessa condição clínica (GARCÍA-BLANCO et al., 2017).

Levando em consideração o exposto, a prevalência de ameaça de parto prematuro é incerta. Sabe-se que um terço das internações hospitalares são devidas à suspeita dessa condição e que menos de 10% irão evoluir ao parto antes do tempo correto.

2.1.1.11. Varizes e tromboembolismo

Durante a gestação, as varizes aparecem devido a “fatores hereditários, pela congestão pélvica, pela compressão mecânica do útero grávido e por alterações hormonais”. Elas causam dor nas pernas, sensação de desconforto e edemas. O tromboembolismo caracteriza-se pelo fechamento parcial ou total de uma veia por um trombo, provocando inflamação de sua parede. Esse agravo pode levar a abortos no primeiro ou início do segundo trimestre da gravidez, óbito fetal, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, crescimento intrauterino restrito e deslocamento prematuro de placenta (BRASIL, 2012). Os casos de tromboembolismo venoso são de cerca de 0,5 a 2,2 para cada mil partos, a depender da população de estudo. As mulheres grávidas têm risco aumentado de cinco a dez vezes de sofrer tromboembolismo, quando comparadas as mulheres não grávidas da mesma idade (DE OLIVEIRA, 2016).

2.1.1.12. Gestação prolongada

A gestação prolongada (ou pós-termo) acontece quando a idade gestacional da mulher é superior a 42 semanas. Essa condição pode trazer riscos para o feto pois a placenta a partir da 36ª semana de gestação, quando ela atinge sua plenitude, apresenta diminuição do aporte nutricional e de oxigênio ao feto, podendo levar a morbidades e mortalidade perinatal. A incidência dessa intercorrência é de 5% (BRASIL, 2012).

2.1.2. Fontes de informação sobre saúde da mulher

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2013), as estatísticas oficiais são:

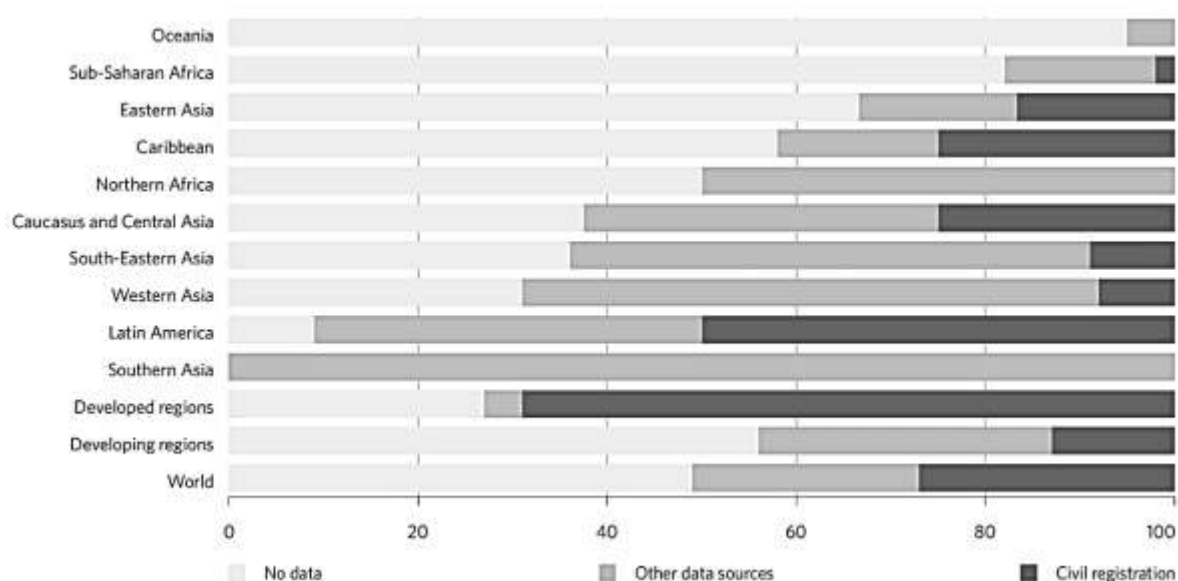
...informações produzidas e disseminadas por agências governamentais, em bases regulares, regidas pela legislação em matéria de estatística e/ou regulamentos administrativos, sujeitas ao cumprimento de um sistema padronizado de conceitos, definições, unidades estatísticas, classificações, nomenclaturas e códigos, visando retratar as condições econômicas, sociais e ambientais; fornecer subsídios para o planejamento, a execução e o acompanhamento de políticas públicas; propiciar suporte técnico para tomadas de decisões; e consolidar o exercício da cidadania.

Tendo em vista o exposto, é de essencial importância que cada país possua um ou mais órgãos responsáveis pela produção de estatísticas oficiais e que essas sejam geradas

em períodos estratégicos de tempo para que possa haver um acompanhamento das questões sociais. Na área de Saúde Pública, assim como nas demais áreas, o conhecimento do estágio em que o país está é essencial, tanto para identificar políticas que deram certo, quanto para inserir novas em áreas que necessitem.

No contexto mundial, a falta de dados sobre nascimento, mortes e saúde prejudica a formulação de políticas efetivas. Segundo a ONU, as desigualdades na disponibilidade de dados sobre saúde materna dificultam os esforços para estabelecer um guia de prioridades a nível nacional, regional e global de saúde. Nessa linha, somente 51% dos países têm dados sobre a causa da mortalidade materna, “um dos principais indicadores da saúde da mulher” (SOUZA et al., 2007). Ainda, regiões como a Oceania, África do Norte e Sul da Ásia não possuem informações de registros oficiais. No mais, enquanto regiões desenvolvidas apresentam bons percentuais de informações de fontes confiáveis, as em desenvolvimento possuem baixos percentuais (Gráfico 2) (ONU, 2015).

Gráfico 2 - Percentual de países com dados referentes a causa da mortalidade materna, 2003 - 2009.



Fonte: ONU, 2015.

Segundo Souza et al. (2007), para o acompanhamento da taxa de mortalidade materna, indicadores de processo e indicadores indiretos de mortalidade vêm sendo desenvolvidos e validados na América Latina e Caribe, tendo como propulsor inicial os ODM. Todavia, as taxas elevadas de morbidade materna referida encontradas em seu

estudo, em grande parte superiores a 40%, apontaram para a importância de se ter dados sobre todas as enfermidades que acontecem durante a gravidez.

Entre os fatores que explicam a falta de informações sobre as doenças maternas Koblinsky et al. (2012) destacam as diferentes terminologias utilizadas para a descrição de morbidades maternas e suas consequências, e os métodos usados para medi-las quantitativamente.

No Brasil, algumas morbidades maternas graves são relatadas pelos Sistemas de Informações Hospitalares, o restante das patologias só é conhecido por meio de inquéritos demográficos, que fazem uso de informações de prontuários e entrevistas (SOUSA et al., 2006; SOUZA et al., 2007; MAGALHÃES; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2012). Entre os estudos mais recentes sobre o tema, está o Nascer no Brasil, realizado nos anos de 2011 e 2012.

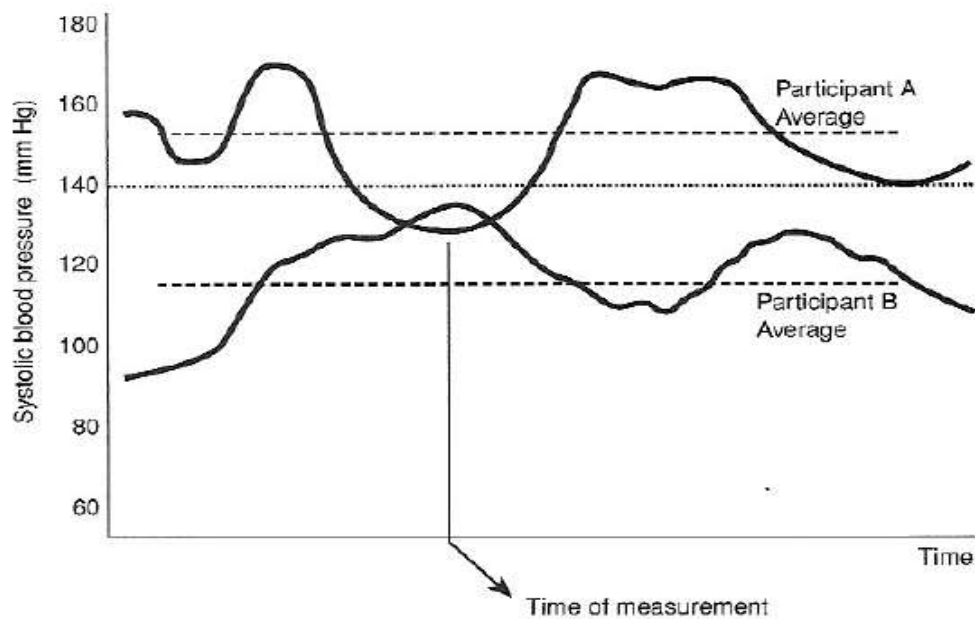
2.2. Confiabilidade

A palavra confiabilidade, linguisticamente, é caracterizada pelo ato de confiar em algo, num instrumento de coleta de dados, no serviço prestado por algum indivíduo, entre outros (KRIPPENDORFF, 2008). No contexto de pesquisas científicas, o conceito de confiabilidade associa-se a quanto um dado é preciso em medir o fenômeno de interesse. Usualmente, o dado é a primeira e, portanto, a mais direta representação do fenômeno que os pesquisadores estão interessados em teorizar, contextualizar e explicar. A definição de confiabilidade, habitualmente, está atrelada a de reprodutibilidade, ou seja, o quanto uma medida pode ser reprodutível considerando as diferentes fontes de variação existentes. Dessa forma, com a confiabilidade garantida, pode-se afirmar que o resultado encontrado em determinado experimento não é fruto de causas espúrias, tais quais: diferentes observadores, instrumentos de coleta, procedimentos, ou ainda, os mesmos meios em intervalos de tempo distintos.

Em outras palavras, a confiabilidade é expressa pela consistência encontrada na hora de transformar o fenômeno de interesse em dados, independente de como, quando ou por quem foi medido. Em situações reais, diferentes fontes de variabilidade devem ser consideradas para garantir que a confiabilidade seja atingida, são elas:

1. Imprecisão do observador ou do método, dividida em dois tipos:
 - a. Intra-observador ou intra-método: variabilidade encontrada no mesmo observador ou método, considerando todos os outros processos iguais. Como exemplo, a variabilidade encontrada por um laboratório num experimento conduzido duas vezes pelo mesmo técnico, usando a mesma técnica na mesma amostra; ou a variabilidade encontrada na resposta de uma questão pelo mesmo sujeito em intervalos de tempos distintos, considerando que a resposta não seja tempo-dependente.
 - b. Inter-observador ou inter-método: variabilidade encontrada entre diferentes observadores ou métodos. Como exemplo, a variabilidade encontrada por um laboratório ao investigar a mesma amostra por diferentes técnicos usando o mesmo protocolo; ou a variabilidade encontrada pelo mesmo técnico, nos mesmos indivíduos utilizando diferentes protocolos.
2. Variabilidade entre os participantes de um estudo: diferenças de hábitos, comportamentos ou de fisiologias. Como exemplo, tem-se dois indivíduos, um deles hipertenso, cuja pressão sanguínea foi medida. No momento da aferição, devido a variabilidade fisiológica da pressão sanguínea de cada um, o hipertenso pode erroneamente ser classificado como normotenso. O gráfico 3 ilustra o relato, considerando o ponto de corte para classificação de hipertenso como acima de 140 mm Hg (SZKLO & NIETO, 2007).

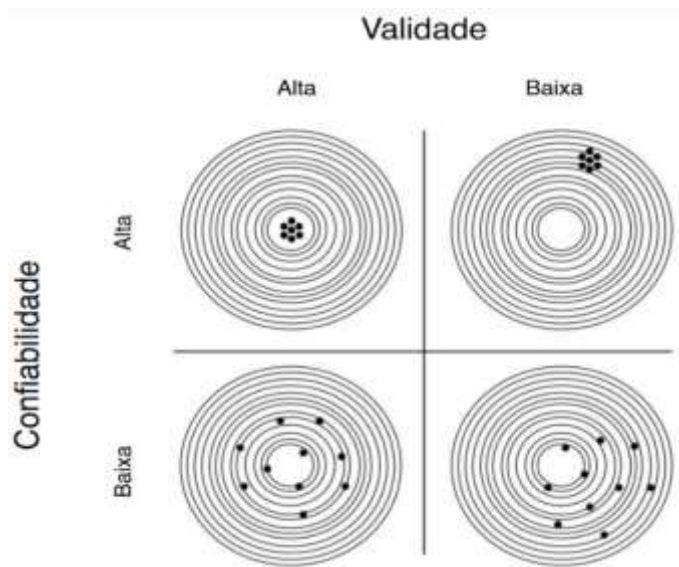
Gráfico 3 - Valores hipotéticos da pressão arterial sistólica de dois indivíduos ao longo do tempo.



Fonte: SZKLO & NIETO, 2007.

Tendo em vista as três fontes de variabilidade expostas, pode-se inferir que a inconstância entre participantes é real, enquanto as outras são causadas por falhas de medição do observador, do instrumento ou do procedimento. Ainda assim, as três causam erros na classificação e prejudicam a detecção da diferença que existe entre os sujeitos de interesse do estudo. Pode-se prevenir ou minimizar as variações intra- e inter-observadores ou métodos, criando e seguindo procedimentos de garantia de qualidade. De forma oposta, não é possível prevenir a mutabilidade intra-participantes, consegue-se minimizar sua influência, controlando a padronização dos procedimentos. Dessa forma, medidas que são conhecidas por variação temporal devem ser coletadas no mesmo horário em todos os indivíduos, condições de medição para variáveis que são influenciadas por estresse ou atividade, devem ser controladas e etc (SZKLO & NIETO, 2007).

Figura 6 - Diagrama de confiabilidade/validade.



Fonte: Krippendorff (2008).

A confiabilidade, portanto, é representada pela concordância encontrada por diferentes observadores ou métodos ao medir/descrever o fenômeno de interesse. Vale ressaltar, porém, que concordância não significa verdade e não deve ser confundida com validade. Validade é a garantia de que o fenômeno em estudo é retratado de forma verossímil. Portanto, é a capacidade de pesquisas, achados estatísticos, medições ou proposições serem verdadeiros em representar o que foi proposto. Assim sendo, um estudo não pode ser considerado válido se não for confiável, como ilustra a figura 6. Nesse contexto, a relação entre esses dois conceitos e as fontes de variabilidade que influenciam cada um deles pode ser visto no quadro 5.

Quadro 5 - Comparação entre tipos de confiabilidade e validade.

	O que é medido?	Erros registrados pela medição
Estabilidade	Concordância entre os resultados do mesmo processo repetidas vezes no mesmo conjunto de fenômenos	Intra-observador ou método
Reprodutibilidade	Concordância entre os resultados do processo considerado idêntico no mesmo conjunto de fenômenos	Intra-observador ou método + Inter-observador ou método
Acurácia	Concordância entre um processo considerado padrão outro e outro processo considerado idêntico no mesmo conjunto de fenômenos	Intra-observador ou método + Inter-observador ou método + Discordância do padrão ouro
Validade	Concordância entre os resultados da pesquisa e o que eles dizem representar	Intra-observador ou método + Inter-observador ou método + Discordância do padrão ouro + Discordância da evidência científica

Fonte: Adaptado de Krippendorff (2008)

2.2.1. Confiabilidade dos instrumentos de coleta de dados

Ao longo dos anos, estudiosos vêm mostrando as vantagens e desvantagens em relação aos instrumentos de coleta de informações na área da saúde. Para alguns pesquisadores, os prontuários dos pacientes são considerados o padrão ouro e, portanto, a melhor fonte de dados. No entanto, essa ferramenta nem sempre pode ser considerada a melhor. Segundo Jones et al. (2011), em um estudo que mediu a concordância entre o questionário aplicado em entrevista pessoal e o prontuário como fontes de informação para morbidades, diferentes tipos de doenças podem levar a diferentes qualidades de informações.

Nesse contexto, de acordo com Wu et al. (2014) doenças menos conhecidas pela população tais quais: dislipidemia, asma, doenças pulmonares crônicas, osteoporose, artrite, doenças renais, doenças cardíacas, hepatite crônica, distúrbios psiquiátricos, tendem a ter níveis de concordância considerados pobres.

Alves et al. (2011) em uma coorte de nascimento realizada com mulheres portuguesas, mostraram que dados altamente conhecidos como fatores de risco e diretamente referentes a gravidez obtidos de prontuários e questionários apresentaram percentuais de concordância altos, já aqueles referentes a histórico familiar de doenças

cardiovasculares tiveram menores percentuais. Além disso, foi identificado que o nível de concordância encontrado variou de acordo com o hospital, fato que pode estar relacionado aos procedimentos burocráticos de cada unidade, segundo os autores. Outro fator importante é o nível socioeconômico do respondente e sua capacidade de entender o que lhe é perguntado (JONES et al., 2011).

3. JUSTIFICATIVA

Os estudos epidemiológicos usualmente utilizam como instrumentos para coleta de dados de gestantes o questionário aplicado em entrevista pessoal e o prontuário. Ao analisar as informações deve-se partir do pressuposto que todas as fontes têm prós e contras, para cada qual existe uma variabilidade desconhecida atrelada, que pode mudar de acordo com o tipo de condução da coleta, a população em estudo e diversos outros fatores desconhecidos. Tendo em vista o exposto, torna-se importante conhecer essa variabilidade e descrevê-la, identificando possíveis cenários que a influenciam.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo geral

Verificar a concordância entre as informações sobre intercorrências clínicas e obstétricas na gestação registradas nos prontuários e o autorrelato da gestante obtido através das entrevistas pessoais das puérperas participantes do Nacer no Brasil, 2011-2012.

4.2. Objetivos específicos

- Avaliar a concordância entre as informações registradas nos prontuários e as fornecidas por entrevista das puérperas;
- Descrever as intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes durante a gravidez;
- Identificar fatores associados a concordância encontrada da intercorrência com maior diferença entre as respostas dos dois instrumentos.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo tem delineamento transversal e utiliza os dados do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento (Nascer no Brasil) realizado entre fevereiro de 2011 e julho de 2012. O Nascer no Brasil foi uma pesquisa de base hospitalar conduzida pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) que buscou

conhecer os determinantes, a magnitude e os efeitos das intervenções obstétricas no parto, incluindo as cesarianas desnecessárias; descrever a motivação das mulheres para opção pelo tipo de parto; as complicações médicas durante o puerpério e período neonatal; bem como descrever a estrutura de instituições hospitalares...

Os hospitais incluídos no Nascer no Brasil foram uma amostra de todos os que registraram 500 ou mais nascimentos segundo os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) de 2007, totalizando 266 instituições. Em cada unidade de saúde foram selecionadas 90 puérperas e seus bebês. Para isso, todas as mulheres que realizaram o parto em estabelecimentos com menos de 12 nascimentos por dia foram entrevistadas, até que o número de participantes estabelecido fosse atingido. Já em hospitais cujo número de nascimentos por dia era superior, foi garantido que a coleta de dados ocorresse em todos os dias da semana, incluindo partos diurnos e noturnos, de forma aleatória. Mulheres e recém-nascidos que estavam internados foram acompanhados por 42 e 28 dias, respectivamente, incluindo aqueles transferidos para outros hospitais (LEAL et al., 2012).

Dessa forma, o Nascer no Brasil teve a participação de 23.894 puérperas que foram selecionadas respeitando os seguintes critérios de exclusão:

Mulheres com parto em outra unidade hospitalar, domicílio, via pública ou transporte público; mulheres cujo bebê tenha nascido morto com peso menor que 500 gramas ou idade gestacional menor que 20 semanas; mulheres com transtorno mental grave, que não permita a comunicação com o entrevistador; indígenas ou estrangeiras que não compreendam o idioma português; surdas/mudas; e mulheres internadas por decisão judicial, para interrupção da gravidez (NASCER NO BRASIL, 2011).

5.1. Desenho da amostra do nascer no Brasil

Segundo Leal et al., (2012), os hospitais que atendiam aos critérios pré-estabelecidos foram estratificados pelas cinco regiões do país (Norte, Nordeste, Centro-

Oeste, Sudeste e Sul), sua localização (capital ou não capital) e seu tipo de financiamento (privado, público e misto). Dessa forma, 30 estratos foram criados. Em cada estrato, o tamanho mínimo de 341 puérperas foi estabelecido com base no percentual de cesarianas no Brasil em 2007 (46,6%), com isso obteve-se uma potência de 95% para detectar diferenças de 14% entre hospitais públicos, privados e mistos. Apesar disso, em se tratando de uma amostra conglomerada por hospital, o mínimo de 450 puérperas por estrato passou a ser considerado, levando em conta um efeito de desenho de aproximadamente 1,3.

O desenho amostral do Nascir no Brasil foi realizado em três estágios, no primeiro foi utilizada probabilidade proporcional ao tamanho (PPT) para seleção dos hospitais. No segundo estágio foi realizado um método de amostragem inversa para que fosse possível alcançar 90 puérperas em cada hospital, em quantos dias fossem necessários. E, por fim, o terceiro estágio foi composto pela seleção das puérperas. Essa seleção ocorreu seguindo uma lista com números de ordem de chegada da puérpera na maternidade. (VASCONCELLOS et al., 2014).

Dessa maneira, o inquérito englobou 266 estabelecimentos de saúde distribuídos em 191 municípios brasileiros. Desses, 27 eram capitais e 164 eram não capitais, incluindo todos os estados do país (Figura 7) (LEAL et al., 2012).

Figura 7 - Municípios brasileiros com pelo menos um hospital na amostra do Nascir no Brasil.



Fonte: LEAL et al., 2012.

5.2. Fontes de informação do nascer no Brasil

Para a obtenção dos dados foram utilizados cinco instrumentos, dentre os quais questionário eletrônico, desenvolvido e validado, aplicado em entrevista pessoal a puérpera, nas primeiras vinte e quatro horas depois do parto, e coleta de dados do prontuário materno e do recém-nascido após a alta do hospital ou no 42º dia de internação, para as mulheres que permaneceram na unidade de saúde, e no 28º, para os recém-nascidos. Além de questionários aplicados aos gestores locais sobre a estrutura das unidades hospitalares, fotografia dos cartões de pré-natal da puérpera e duas entrevistas telefônicas com a puérpera, uma antes dos seis meses e a outra doze meses após o parto (LEAL et al., 2012).

O primeiro questionário tinha informações de identificação, escolaridade, situação econômica, características sociodemográficas, histórico obstétrico, dados antropométricos, informações do pré-natal, trabalho de parto, parto atual, doenças, uso de medicações durante a gravidez e parto e avaliação de cuidados prestados a mulher e ao recém-nascido. Já os dados extraídos do prontuário continham informações sobre pré-natal, admissão no hospital, trabalho de parto e parto, medicações, intervenções realizadas e de como o parto ocorreu para a mulher e para o bebê, além das condições da alta ou morte da mulher e do recém-nascido (LEAL et al., 2012).

Nas entrevistas telefônicas foram obtidas informações da mulher sobre re-hospitalização, complicações no puerpério, satisfação com o tratamento recebido e confirmação das razões pela realização do parto cesáreo; e do bebê sobre amamentação, imunização, morbidades e re-hospitalização (LEAL et al., 2012).

Para a padronização da coleta de dados do estudo, treinamentos em todos os estados foram realizados por membros da coordenação central e estadual da pesquisa. O trabalho de campo, realizado por estudantes e profissionais de saúde, foi acompanhado pelos supervisores e coordenador estadual (LEAL et al., 2012).

5.3. Variáveis de estudo

Para esse estudo foram utilizadas apenas as informações do primeiro questionário aplicado à puérpera e dos dados extraídos de seu prontuário. As variáveis selecionadas englobam as características geográficas e do hospital: região (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste), localização (capital e região metropolitana, outros municípios), tipo de financiamento (SUS, misto, privado); as demográficas da puérpera, tais quais: faixa-etária (12 a 19 anos, 20-34 anos, ≥ 35 anos), escolaridade ($<$ ensino fundamental, ensino fundamental completo, \geq ensino superior completo), classe econômica (A+B, C, D+E) (BRASIL, 2008) e raça/cor (branca, preta, parda, amarela ou indígena). Além de seu histórico obstétrico: paridade (primípara, um a dois partos anteriores, três ou mais partos anteriores) e número de abortos anteriores (nenhum, um, dois ou mais), retiradas do questionário aplicado à puérpera.

Ainda, foram utilizadas informações sobre a gravidez atual: início do pré-natal (primeiro, segundo ou terceiro trimestre), número de consultas de pré-natal (um a três, quatro a cinco, ou seis ou mais consultas), se durante o pré-natal recebeu orientação sobre sinais de risco na gravidez, fonte de pagamento do parto (pública ou privada) e intercorrências clínicas e obstétricas, essas últimas retiradas do questionário aplicado a puérpera e do prontuário. Entre as condições clínicas, estão presentes: incompetência istmo cervical; crescimento intrauterino restrito; oligodramnia/ polidramnia; isoimunização Rh; placenta prévia; deslocamento prematuro da placenta; amniorrexe prematura; diabetes gestacional; síndromes hipertensivas; ameaça de parto prematuro; sofrimento fetal; sífilis; infecção urinária; infecção pelo HIV; toxoplasmose; e infecção de estreptococo do grupo B (Quadro 6).

Para a construção da variável de fonte de pagamento do parto, os classificados como públicos foram os realizados em unidades públicas ou mistas sem subsídio de plano de saúde; já os que tiveram subsídio ou aconteceram em unidades privadas, independentemente de terem sido pagos ou não por planos de saúde, foram considerados privados.

Quadro 6 - Intercorrências clínicas e obstétricas autorrelatadas (questionário) e retiradas do prontuário da pesquisa Nacer no Brasil, 2011-2012.

Intercorrências clínicas e obstétricas	Pergunta do questionário	Informação no prontuário
Incompetência istmocervical	Durante a gravidez, algum profissional de saúde disse que você tinha algum dos seguintes problemas: O colo do útero não segurava o bebê?	Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação): Incompetência istmocervical (IIC)
Condições fetais	<p>Durante a gravidez, algum profissional de saúde disse que você tinha algum dos seguintes problemas: Problemas no crescimento do bebê na sua barriga?</p> <p>Durante a gravidez, algum profissional de saúde disse que você tinha algum dos seguintes problemas: Sinais de sofrimento no bebê?</p> <p>O que fez você achar que estava na hora de procurar atendimento para o parto? O bebê estava em sofrimento</p>	<p>Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação): Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR)</p> <p>Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação): Sofrimento fetal</p> <p>Diagnóstico na internação: Sofrimento fetal (agudo/crônico) - Crescimento restrito (CIUR)</p> <p>Há registro no prontuário de: Sofrimento fetal durante o TP?</p>
Oligodramnia/ Polidramnia	<p>Durante a gravidez, algum profissional de saúde disse que você tinha algum dos seguintes problemas: Pouco líquido amniótico?</p> <p>Durante a gravidez, algum profissional de saúde disse que você tinha algum dos seguintes problemas: Muito líquido amniótico?</p> <p>Durante a gravidez você foi internada alguma vez? Por qual motivo? Pouco líquido/muito líquido</p>	<p>Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação): Oligodramnia</p> <p>Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação): Polidramnia</p> <p>Diagnóstico na internação: Polidramnia / Oligodramnia</p>
Isoimunização RH	Durante a gravidez, algum profissional de saúde disse que você tinha algum dos seguintes problemas: Problema de sangue Rh negativo?	Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação): Isoimunização RH

Continua

Quadro 6 - Intercorrências clínicas e obstétricas autorrelatadas (questionário) e retiradas do prontuário da pesquisa Nascir no Brasil, 2011-2012.

Continuação

Intercorrências clínicas e obstétricas	Pergunta do questionário	Informação no prontuário
Placenta prévia	Durante a gravidez, algum profissional de saúde disse que você tinha algum dos seguintes problemas: Placenta baixa/prévia?	Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação): Placenta prévia Diagnóstico na internação: Outros (placenta prévia)
Descolamento prematuro de placenta	Durante a gravidez, algum profissional de saúde disse que você tinha algum dos seguintes problemas: Descolamento de placenta após o 7º mês de gravidez? Durante a gravidez você foi internada alguma vez? Por qual motivo? Outro (Descolamento prematuro da placenta)	Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação): Descolamento prematuro de placenta (DPP) Diagnóstico na internação: Descolamento prematuro da placenta / DPP
Amniorrexe prematura	Durante a gravidez, algum profissional de saúde disse que você tinha algum dos seguintes problemas: Perda de líquido amniótico porque bolsa rompeu antes da hora?	Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação): Amniorrexe prematura Diagnóstico na internação: Amniorrexe prematura (Ruptura das membranas ovulares /Bolsa rota)
Diabetes gestacional	Durante a gravidez, algum profissional de saúde disse que você tinha algum dos seguintes problemas: Diabetes/açúcar alto no sangue por causa da gravidez?	Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação): Diabetes gestacional Diagnóstico na internação: Diabetes gestacional
Síndromes hipertensivas	Durante a gravidez, algum profissional de saúde disse que você tinha algum dos seguintes problemas: Pressão alta por causa da gravidez? Durante a gravidez, algum profissional de saúde disse que você tinha algum dos seguintes problemas: Eclâmpsia/Convulsões? Durante a gravidez você foi internada alguma vez? Por qual motivo? Hipertensão/pré-eclâmpsia	Antecedentes pessoais de risco: Hipertensão arterial com tratamento continuado Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual: Síndromes hipertensivas (HA crônica, pré-eclâmpsia, síndrome HELLP) Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação): Eclâmpsia/Convulsões

Continua

Quadro 6 - Intercorrências clínicas e obstétricas autorrelatadas (questionário) e retiradas do prontuário da pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Continuação

Intercorrências clínicas e obstétricas	Pergunta do questionário	Informação no prontuário
Síndromes hipertensivas	Você apresentava alguma dessas doenças antes da gravidez que tenha sido confirmada por médico? Pressão alta fora da gestação, tendo sido prescrito remédio para uso continuado	Diagnóstico na internação: Eclâmpsia /convulsão Diagnóstico na internação: Hipertensão na gestação (qualquer tipo)
Ameaça de parto prematuro	Durante a gravidez, algum profissional de saúde disse que você tinha algum dos seguintes problemas: Ameaça de parto prematuro? Durante a gravidez você foi internada alguma vez? Por qual motivo? Ameaça de parto prematuro	Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação): Ameaça de parto prematuro Diagnóstico na internação: Trabalho de parto prematuro/ameaça de trabalho de parto
Sífilis	Durante a gravidez, algum profissional de saúde disse que você tinha algum dos seguintes problemas: Sífilis?	Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação): Sífilis
Infecção urinária	Durante a gravidez, algum profissional de saúde disse que você tinha algum dos seguintes problemas: Infecção urinária/cistite? Durante a gravidez você foi internada alguma vez? Por qual motivo? Infecção urinária	Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação): Infecção urinária
Infecção pelo HIV	Durante a gravidez, algum profissional de saúde disse que você tinha algum dos seguintes problemas: Infecção pelo HIV/AIDS?	Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação): Infecção pelo HIV Diagnóstico na internação: Infecção pelo HIV
Toxoplasmose	Durante a gravidez, algum profissional de saúde disse que você tinha algum dos seguintes problemas: Toxoplasmose (que precisou tratar)?	Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação): Toxoplasmose
Infecção de estreptococo do grupo B	Durante a gravidez, algum profissional de saúde disse que você tinha algum dos seguintes problemas: Exame de cultura positivo para estreptococo na vagina?	Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação): Exame de cultura para estreptococo na vagina e/ou ânus positivo

5.4. Análise estatística

Inicialmente foi feita uma análise exploratória no banco de dados com o intuito de conhecer as características da população de estudo. Além disso, foram calculadas as prevalências das intercorrências clínicas e obstétricas estudadas, segundo os dados do prontuário e do questionário. Sendo assim, as variáveis foram apresentadas por distribuição de frequências absolutas e relativas e seus intervalos de confiança. Posteriormente, partiu-se para a análise da concordância entre os dados fornecidos pela puérpera durante a entrevista pessoal e os do prontuário para os dados das morbidades maternas, onde foram utilizados os coeficientes Kappa e PABAK, além dos percentuais de concordância bruta, positiva e negativa e seus intervalos de confiança.

Por fim, para a intercorrência com menor concordância, foi feito um modelo de regressão logística com o intuito de identificar características associadas ao nível de discordância encontrado. Dessa forma, foi possível calcular as razões de chance brutas e ajustadas e seus intervalos de confiança.

Vale ressaltar que por se tratar de uma amostra complexa, nas análises foram incorporados os pesos e o desenho amostral. Além disso, essas foram feitas com o software R na biblioteca Survey, versão 3.6.1 e o nível de significância considerado foi de 5%.

5.4.1. Análise de concordância

O método comumente utilizado para avaliar a concordância entre duas variáveis dicotômicas é o Kappa, proposto por Cohen (1960), que leva em consideração o percentual de concordância que pode ser atribuído ao acaso. No entanto, ao longo dos anos suas limitações vêm sendo expostas. Feinstein & Cicchetti (1990) demonstraram que caso os instrumentos não classifiquem nenhum sujeito em uma das categorias, o valor do coeficiente Kappa é zero. Ainda, se não tiver concordância para uma das duas categorias, seu valor é menor que zero. Além disso, o coeficiente é influenciado pela prevalência da doença em estudo, ou seja, pela diferença entre as frequências relativas da doença e não doença na amostra, assim, quanto maior a diferença, menor o valor do Kappa. Para calcular esse coeficiente, as seguintes fórmulas são utilizadas:

Quadro 7 - Tabela de referência cruzada entre duas variáveis dicotômicas.

Variável A	Variável B		
	Positivo	Negativo	Total
Positivo	n_{11}	n_{12}	$n_{1.}$
Negativo	n_{21}	n_{22}	$n_{2.}$
Total	$n_{.1}$	$n_{.2}$	n

Considerando a quadro 7, a proporção de concordância é encontrada da seguinte forma:

$$p_0 = \frac{n_{11} + n_{22}}{n}$$

E o coeficiente Kappa, como segue:

$$\hat{k} = \frac{p_0 - \hat{p}_e}{1 - \hat{p}_e}$$

Onde a proporção de concordância encontrada atribuída ao acaso é a seguinte:

$$\hat{p}_e = \sum_{i=1}^2 \frac{n_{i.} \times n_{.i}}{n^2}$$

E a variância do Kappa é dada por:

$$\widehat{\text{Var}}(\hat{k}) = \frac{1}{n(1 - \hat{p}_e)^2} \left(\sum_{i=1}^2 p_{ii} (1 - (p_{i.} + p_{.i})(1 - \hat{k}))^2 + (1 - \hat{k})^2 \sum_{i \neq j} p_{ij} (p_{i.} + p_{.j})^2 - (\hat{k} - \hat{p}_e (1 - \hat{k}))^2 \right)$$

Onde n é o número de sujeitos do estudo e $p_{ij} = \frac{n_{ij}}{n}$, $i = 1, 2$ e $j = 1, 2$. Assim, o intervalo de confiança de $100(1 - \alpha)\%$ para o Kappa é:

$$\left(\hat{k} \pm z_{\alpha/2} \sqrt{\widehat{\text{Var}}(\hat{k})} \right)$$

Levando em conta o exposto, Byrt et al. (1993) propuseram um ajuste para essas deficiências, apresentando o Kappa ajustado para prevalência e viés (PABAK):

$$PABAK = 2p_0 - 1$$

Sendo a variância do PABAK:

$$\widehat{\text{Var}}(PABAK) = \frac{4p_0(1 - p_0)}{n}$$

Assim, seu intervalo de confiança de $100(1 - \alpha)\%$ é:

$$\left(PABAK \pm z_{\alpha/2} \sqrt{\widehat{\text{Var}}(PABAK)} \right)$$

Complementando o uso do Kappa e do PABAK, Looney & Hagan (2007) recomendam a apresentação da concordância dos instrumentos em relação a presença da doença de interesse e a ausência da doença, separadamente. Dessa maneira, as medidas de concordância positiva e negativa para determinar a confiabilidade seriam análogas à sensibilidade e especificidade em estudos de validade, considerando a presença de um método padrão ouro.

Isso exposto, essas medidas tornam-se úteis para ter uma ideia do tipo de discordância presente, caso haja. Sendo assim, o número médio de sujeitos que os dois métodos classificam como positivo e negativo são, respectivamente (CICCHETTI & FEINSTEIN (1990):

$$p_{pos} = \frac{n_{11}}{(n_{.1} + n_{1.})} \quad p_{neg} = \frac{n_{22}}{(n_{.2} + n_{2.})}$$

A variância do P_{pos} é estimada da seguinte maneira:

$$\widehat{Var}(p_{pos}) = \frac{1}{n} (\sum_{i=1}^2 \sum_{j=1}^2 \phi_{ij}^2 p_{ij} - (\sum_{i=1}^2 \sum_{j=1}^2 \phi_{ij} p_{ij})^2)$$

Onde,

$$\phi_{11} = 2 / (2p_{11} + p_{12} + p_{21}) - 4p_{11} / (2p_{11} + p_{12} + p_{21})^2$$

$$\phi_{12} = \phi_{21} = -2p_{11} / (2p_{11} + p_{12} + p_{21})^2$$

$$\phi_{22} = 0$$

E seu intervalo de confiança é:

$$\left(p_{pos} \pm z_{\alpha/2} \sqrt{\widehat{Var}(p_{pos})} \right)$$

Na mesma linha, a variância do P_{neg} é estimada da seguinte maneira:

$$\widehat{Var}(p_{neg}) = \frac{1}{n} (\sum_{i=1}^2 \sum_{j=1}^2 \gamma_{ij}^2 p_{ij} - (\sum_{i=1}^2 \sum_{j=1}^2 \gamma_{ij} p_{ij})^2)$$

Onde,

$$\gamma_{11} = 0$$

$$\gamma_{12} = \gamma_{21} = -2p_{22} / (2p_{22} + p_{12} + p_{21})^2$$

$$\gamma_{22} = 2 / (2p_{22} + p_{12} + p_{21}) - 4p_{22} / (2p_{22} + p_{12} + p_{21})^2$$

E seu intervalo de confiança é:

$$\left(p_{neg} \pm z_{\alpha/2} \sqrt{\widehat{Var}(p_{neg})} \right)$$

Nesse contexto, para avaliar a confiabilidade entre as informações das intercorrências clínicas e obstétricas do questionário e do prontuário foi feita análise de concordância. Dessa forma, foram calculados os percentuais de concordância,

concordância positiva e negativa e os coeficientes Kappa e PABAK, além de seus intervalos de confiança. Sendo assim, os pontos de corte considerados serão os propostos por Landis e Koch (1977), a saber: concordância quase perfeita (0,80-1,00), substancial (0,60-0,79), moderada (0,41-0,59), razoável (0,21-0,40) e ruim ($\leq 0,20$).

Além disso, optou-se por estratificar a concordância segundo variáveis de interesse, tais quais: região, localização, tipo de financiamento do hospital, idade, escolaridade, classe econômica, raça/cor, paridade, número de abortos anteriores, adequação do pré-natal, orientação sobre sinais de risco durante pré-natal e fonte de pagamento do parto.

5.4.2. Modelagem estatística

Os modelos de regressão têm o intuito de explicar e/ou entender um fenômeno de interesse, através da análise de uma possível relação entre duas ou mais variáveis por meio de um modelo estatístico. De acordo com Neter (1996), os modelos lineares objetivam expressar a relação entre uma variável resposta, a qual deseja-se entender sobre, e as variáveis preditoras, que ajudarão a explicar o fenômeno. Os modelos lineares generalizados (MLG) foram propostos por Nelder e Wedderburn (1972), sua importância se dá pelo fato de acomodarem, diferentemente do modelo linear, distribuições de respostas não normais desde que pertencentes à família exponencial de distribuições. Os modelos lineares generalizados contêm três componentes:

- I. Componente aleatório, variável resposta cuja distribuição pertence à família exponencial;
- II. Preditor linear, parte determinística do modelo, é a composição linear das variáveis explicativas do modelo;
- III. Função de ligação, que relaciona as partes determinística e aleatória (DOBSON, 2008).

De acordo com Dobson (2008), o modelo de regressão logística pertence à classe dos modelos lineares generalizados e é utilizado quando se busca analisar a relação entre uma variável resposta binária e seus preditores. A função de ligação do modelo é chamada logit e relaciona a probabilidade de sucesso p às variáveis preditoras:

$$\text{logit}(\hat{p}_i) = \ln\left(\frac{\hat{p}_i}{1 - \hat{p}_i}\right) = \hat{\beta}_0 + \hat{\beta}_1 X_{i1} + \dots + \hat{\beta}_p X_{ip}$$

Sendo,

- $\left(\frac{\hat{p}_i}{1 - \hat{p}_i}\right)$: razão de probabilidades, onde $i = 1, \dots, n$;
- X_j : Variáveis preditoras, onde $j = 1, \dots, p$;
- $\hat{\beta}_j$: Coeficientes estimados, onde $j = 1, \dots, p$.

A fim de obter a probabilidade de ocorrência de determinado evento, reescreve-se a função acima como:

$$\hat{p}_i = \frac{\exp\{\hat{\beta}_0 + \hat{\beta}_1 X_{i1} + \dots + \hat{\beta}_p X_{ip}\}}{1 + \exp\{\hat{\beta}_0 + \hat{\beta}_1 X_{i1} + \dots + \hat{\beta}_p X_{ip}\}}$$

Da mesma maneira, para obter a razão de chance:

$$RC = \frac{\frac{\hat{p}_i}{1 - \hat{p}_i}}{\frac{\hat{p}_i}{1 - \hat{p}_i}}$$

E seu intervalo de confiança é:

$$\exp\left(\hat{\beta} \pm z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{\text{Var}(\hat{\beta})}\right)$$

Nesse contexto, nos modelos propostos, o desfecho considerado foi ser discordante ou não, considerando as respostas do questionário e do prontuário sobre as determinadas intercorrências. Assim, para cada puérpera, foi comparada a resposta dada no questionário sobre a presença da condição clínica com a informação coletada de seu prontuário, caso as duas concordassem, foi atribuído zero a variável de discordância, caso discordassem, um. Por fim, as demais variáveis foram consideradas de exposição.

Considerando o desfecho binário, foi utilizado o modelo de regressão logística com o qual foi possível obter as estimativas das razões de chances brutas e ajustadas,

além de seus intervalos de confiança. Levando em conta que as puérperas da raça/cor indígena e amarela eram somente 1,5% na amostra, essas foram retiradas da modelagem. Da mesma forma, foram excluídas as mulheres que não fizeram pré-natal (1,2%). Inicialmente, foi feito modelo simples para cada variável, as que apresentaram valor p de até 20% foram consideradas para o modelo múltiplo. Para seleção das variáveis desse último, foram utilizados os métodos *forward* e *backward* não automáticos, ou seja, as variáveis foram incluídas uma a uma no modelo de acordo a relevância teórica e a significância estatística e posteriormente foram todas incluídas no modelo e retiradas uma a uma, seguindo os mesmos critérios. No modelo final, o nível de significância considerado foi de 5%.

6. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP da Fundação Oswaldo Cruz e aprovado, com CAAE: 06466819.0.0000.5240.

7. RESULTADOS

A amostra do Nascer no Brasil foi composta por 42,4% de puérperas do Sudeste, 28,9% do Nordeste, 12,4% do Sul, 9,7% do Norte e 6,5% do Centro-Oeste. Entre essas, aproximadamente 60,0% não moravam nas capitais e regiões metropolitanas. A maioria das mulheres pertencia a faixa etária de 20 a 34 anos (70,4%), 38,8% delas tinham ensino médio completo, 52,0% pertenciam à classe C e 56,2% eram pardas. Dessas, 46,8% eram primíparas e 83,2% não tinham histórico de abortos anteriores. O percentual de 20,3% começou o pré-natal no segundo trimestre e 17,6% delas frequentaram entre quatro e cinco consultas. Ainda, 37,4% não recebeu orientação sobre sinais de risco na gravidez durante o pré-natal (Tabela 1).

Entre essas puérperas, 43,9% tiveram o parto em hospitais de financiamento misto, 41,3% em hospitais públicos e 14,8% em hospitais privados. Já a fonte de pagamento do parto foi pública para a maioria (80,1%). Esse parto foi, em 51,8% dos casos, cesáreo e 48,2% das vezes, vaginal (Tabela 1).

Tabela 1: Frequências absolutas e relativas das características maternas e do parto, histórico obstétrico e região geográfica. Pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	N	%	IC (95%)	
			Limite inferior	Limite superior
Região				
Norte	2.320	9,7	9,0	10,3
Nordeste	6.943	28,9	27,3	30,6
Sudeste	10.185	42,4	40,3	44,6
Sul	2.987	12,4	11,6	13,4
Centro-Oeste	1.561	6,5	5,6	7,5
Localização da cidade				
Outros municípios	14.968	62,4	60,1	64,6
Capital ou região metropolitana	9.028	37,6	35,4	39,9
Tipo de financiamento do hospital				
SUS	9.908	41,3	39,4	43,2
Misto	10.540	43,9	41,7	46,1
Privado	3.547	14,8	13,7	16,0
Idade				
12-19 anos	4.586	19,1	18,3	20,0
20-34 anos	16.877	70,4	69,5	71,2
≥ 35 anos	2.523	10,5	9,9	11,2
Escolaridade				
< Ensino fundamental	6.357	26,6	25,2	28,1
Ensino fundamental completo	6.137	25,7	24,7	26,7
Ensino médio completo	9.276	38,8	37,1	40,6
≥ Ensino superior completo	2.107	8,8	7,8	10,0
Score socioeconômico				
Classe D+E	5.642	23,7	22,4	25,1
Classe C	12.372	52,0	50,5	53,5
Classe A+B	5.766	24,2	22,7	25,8
Raça/ cor				
Branca	8.097	33,8	32,0	35,6
Preta	2.052	8,6	7,7	9,5
Parda	13.480	56,2	54,4	58,0
Amarela	259	1,1	0,8	1,4
Indígena	100	0,4	0,3	0,6
Paridade				
Primípara	11.239	46,8	45,8	47,8
1 a 2 partos anteriores	10.244	42,7	41,8	43,6
≥ 3 partos anteriores	2.509	10,5	9,7	11,2
Abortos anteriores				
0	19.952	83,2	81,2	85,2
1	3.228	23,0	22,2	23,9
≥ 2	812	5,8	5,3	6,3
Número de consultas no pré-natal				
Não fez	310	1,3	1,0	1,7
1-3	2.128	9,1	8,4	9,8
4-5	4.143	17,6	16,8	18,5
6 ou mais	16.933	72,0	70,7	73,3
Trimestre que iniciou pré-natal				
Não fez	286	1,2	1,0	1,5
Primeiro	17.800	74,8	73,7	75,8
Segundo	4.834	20,3	19,4	21,3
Terceiro	885	3,7	3,3	4,2
Orientação sobre sinais de risco durante pré-natal				
Não fez	286	1,2	1,0	1,5
Não	8.871	37,4	36,5	39,2
Sim	14.581	61,4	60,8	63,5
Fonte de pagamento do parto				
Pública	19.207	80,1	78,6	81,4
Privada	4.785	19,9	18,6	21,4
Tipo de parto				
Vaginal	11.555	48,2	45,9	50,4
Cesáreo	12.438	51,8	49,6	54,1

Segundo o prontuário, as intercorrências com maiores prevalências foram a amniorrexe prematura (11,3%), as síndromes hipertensivas (10,3%) e a infecção urinária (10,0%). Já de acordo com o questionário, a infecção urinária (36,0%), as síndromes hipertensivas (16,5%), a ameaça de parto prematuro (13,7%) e a oligodramnia/polidramnia (11,9%) apresentaram os maiores percentuais. Quando agrupadas, as doenças infecciosas maternas foram as mais prevalentes (38,8%), de acordo com o autorrelato, enquanto segundo o registro médico foram as complicações maternas (13,3%). A prevalência das intercorrências clínicas e obstétricas foram de 40,1% e 63,1%, considerando o prontuário e o questionário, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2: Prevalências das intercorrências clínicas e obstétricas. Pesquisa Nascido no Brasil, 2011-2012.

Intercorrências	Prontuário				Questionário			
	n	%	IC (95%)		n	%	IC (95%)	
			Limite inferior	Limite superior			Limite inferior	Limite superior
Complicações maternas	3168	13,3	12,2	14,4	5418	22,7	21,6	23,8
Diabetes gestacional	479	2,0	1,7	2,4	921	3,9	3,4	4,4
Isoimunização RH	477	2,0	1,7	2,4	1206	5,2	4,7	5,7
Síndromes hipertensivas	2459	10,3	9,3	11,4	3920	16,5	15,5	17,5
Doenças infecciosas maternas	2947	12,3	10,8	14,0	9242	38,8	37,4	40,1
Toxoplasmose	96	0,4	0,3	0,6	179	0,8	0,6	0,9
Infecção de estreptococo do grupo B	358	1,5	0,9	2,6	864	3,8	2,9	4,9
Infecção urinária	2370	10,0	8,6	11,5	8565	36,0	34,8	37,3
DST	246	1,0	0,8	1,3	332	1,4	1,2	1,6
HIV	112	0,5	0,4	0,6	153	0,6	0,5	0,9
Sífilis	139	0,6	0,4	0,8	193	0,8	0,7	1,0
Síndromes hemorrágicas	333	1,4	1,2	1,7	1275	5,4	4,8	6,0
Placenta prévia	97	0,4	0,3	0,5	889	3,8	3,3	4,4
Descolamento prematuro de placenta	246	1,0	0,8	1,3	526	2,2	1,9	2,6
Incompetência istmocervical	66	0,3	0,2	0,4	609	2,6	2,3	2,9
Oligodramnia/Polidramnia	1029	4,3	3,8	4,9	2794	11,9	11,0	12,9
Ameaça de parto prematuro	1070	4,5	3,8	5,3	3253	13,7	12,8	14,6
Complicações fetais	1179	4,9	4,4	5,4	1575	6,6	6,1	7,3
Amniorrexe prematura	2706	11,3	10,4	12,3	1560	6,6	5,9	7,3
Pelo menos uma intercorrência	9570	40,1	37,8	42,3	15065	63,1	61,6	64,6

Os percentuais de concordância geral encontrados entre as intercorrências foram altos, variando de 86,8% a 99,3%, com exceção da infecção urinária onde esse valor foi de 69,7%; os negativos também foram altos, variando de 80,3% a 99,7%. Apesar disso, os percentuais de concordância positiva mostraram-se inferiores, sendo os menores: 27,6% para oligodramnia/polidramnia, 27,1% para ameaça de parto

premature, 26,5% para amniorrexe prematura, 26,3% para toxoplasmose, 26,2% para isoimunização RH, 20,2% para problemas fetais, 17,0% para DPP, 8,7% para placenta prévia e 7,6% para IIC (Tabela 3).

Considerando que as prevalências das intercorrências foram baixas (tabela 2), os valores do Kappa para as mesmas ficaram entre 0,08 e 0,53. De forma oposta, os Kappas ajustados para a prevalência (PABAK) apresentaram majoritariamente valores altos, com exceção da infecção urinária que apresentou concordância razoável (0,39). Assim, as síndromes hipertensivas, oligodramnia/polidramnia, amniorrexe prematura e ameaça de parto prematuro foram classificadas em concordância substancial; e IIC, problemas fetais, isoimunização RH, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, DMG, sífilis, infecção urinária, infecção pelo HIV, toxoplasmose e infecção de streptococo do grupo B foram classificadas em concordância quase perfeita. Levando em conta todas as intercorrências, os percentuais de concordância ficaram em torno de 60,0%, já o Kappa e o PABAK apresentaram valores de 0,23 (concordância razoável) e 0,19 (concordância leve), respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3: Concordância entre o questionário e o prontuário das intercorrências clínicas e obstétricas da pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Intercorrências	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%	Erro padrão	K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Complicações maternas	83,9	0,5	55,2	4,0	90,2	0,7	0,46	0,01	0,68	0,01
Diabetes gestacional	97,1	0,2	50,6	2,7	98,5	1,7	0,49	0,03	0,94	0,00
Isoimunização RH	94,7	0,3	26,2	2,7	97,3	0,9	0,24	0,03	0,89	0,01
Síndromes hipertensivas	89,0	0,4	59,0	3,5	93,7	0,8	0,53	0,02	0,78	0,01
Doenças infecciosas maternas	68,5	0,6	38,5	4,5	78,9	0,8	0,24	0,02	0,37	0,01
Toxoplasmose	99,1	0,1	26,3	2,6	99,6	2,2	0,26	0,07	0,98	0,00
Infecção de estreptococo do grupo B	96,7	0,2	38,6	2,7	98,3	1,5	0,37	0,04	0,93	0,00
Infecção urinária	69,7	0,6	34,1	4,0	80,3	0,8	0,22	0,02	0,39	0,01
DST	98,5	0,2	38,5	2,6	99,2	1,9	0,38	0,05	0,97	0,00
HIV	99,3	0,1	37,0	2,6	99,7	2,8	0,37	0,07	0,99	0,00
Sífilis	99,1	0,1	36,9	2,6	99,6	2,5	0,36	0,07	0,98	0,00
Síndromes hemorrágicas	94,2	0,3	14,7	2,7	97,0	2,7	0,13	0,03	0,88	0,01
Placenta prévia	96,2	0,2	8,7	2,6	98,0	0,5	0,08	0,03	0,92	0,00
Descolamento prematuro de placenta	97,3	0,2	17,0	2,6	98,6	0,9	0,16	0,04	0,95	0,00

Continua

Tabela 3: Concordância entre o questionário e o prontuário das intercorrências clínicas e obstétricas da pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Continuação

Intercorrências	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%		K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Incompetência istmocervical	97,4	0,2	7,6	2,6	98,7	0,5	0,07	0,03	0,95	0,00
Oligodramnia/ Polidramnia	88,3	0,4	27,6	2,9	93,6	0,7	0,23	0,02	0,77	0,01
Ameaça de parto prematuro	86,8	0,4	27,1	2,9	92,7	0,6	0,22	0,02	0,74	0,01
Complicações fetais	90,8	0,4	20,2	2,8	95,1	0,5	0,15	0,02	0,82	0,01
Amniorrexe prematura	86,9	0,4	26,5	2,9	92,8	0,5	0,20	0,02	0,74	0,01
Pelo menos uma intercorrência	59,7	0,6	60,9	5,7	58,4	8,1	0,23	0,01	0,19	0,01

7.1. Prevalências e concordâncias para incompetência istmocervical

As frequências e concordâncias das intercorrências clínicas e obstétricas foram estratificadas segundo características do parto, situação sociodemográfica da puérpera e seu histórico obstétrico. Dessa forma, considerando o prontuário, as prevalências encontradas de incompetência istmocervical para as características de interesse variaram de 0,2% a 0,3%, com exceção das puérperas do Sudeste, das capitais e regiões metropolitanas e das pertencentes à raça/cor preta (0,4%), além das mulheres que tiveram três ou mais partos anteriores (0,5%), com histórico de abortos, sendo de 0,5% nas que tiveram um aborto anterior e 1,5% nas que tiveram dois ou mais, nas que não fizeram pré-natal (0,6%) e nas com maior escolaridade (0,6%). Vale destacar ainda que o percentual de mulheres com IIC foi de apenas 0,1% nas regiões Nordeste e Sul, e em mulheres que começaram o pré-natal no terceiro trimestre (Tabela 4).

Já as prevalências encontradas considerando o autorrelato das puérperas variaram de 0,9 a 8,0%, sendo maior nas regiões Norte e Centro-Oeste (3,1%), nas capitais e regiões metropolitanas (2,7%), nos hospitais com financiamento misto (2,6%) e público (2,6%), em mulheres com 35 anos ou mais (3,2%), com ensino fundamental completo (2,8%), da classe C (2,7%), da raça/cor amarela (5,0%), com três ou mais partos anteriores (3,4%), com dois ou mais abortos anteriores (8,0%), nas que realizaram entre uma e três consultas de pré-natal (2,7%), começaram o pré-

natal no primeiro trimestre (2,7%), receberam orientações sobre sinais de risco (2,8%) e que tiveram o parto cesáreo (2,8%) e financiado pelo SUS (2,6%) (Tabela 4).

Tabela 4: Prevalência da incompetência istmocervical segundo características maternas e do parto, histórico obstétrico e região geográfica. Pesquisa Nascir no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Prontuário				Questionário			
	n	%	IC (95%)		n	%	IC (95%)	
			Limite inferior	Limite superior			Limite inferior	Limite superior
Região								
Norte	6	0,3	0,1	0,6	70	3,1	2,2	4,3
Nordeste	9	0,1	0,1	0,2	179	2,2	2,2	3,2
Sudeste	44	0,4	0,3	0,7	243	2,4	2,0	2,9
Sul	4	0,1	0,0	0,4	69	2,3	1,7	3,1
Centro-Oeste	3	0,2	0,1	0,5	48	3,1	2,2	4,4
Localização da cidade								
Outros municípios	31	0,2	0,1	0,3	371	2,5	2,2	2,9
Capital ou região metropolitana	35	0,4	0,2	0,6	238	2,7	2,2	3,3
Tipo de financiamento do hospital								
SUS	23	0,2	0,1	0,4	257	2,6	2,2	3,1
Misto	35	0,3	0,2	0,5	271	2,6	2,2	3,1
Privado	8	0,2	0,1	0,4	81	2,3	1,8	3,0
Idade								
12-19 anos	12	0,3	0,1	0,6	99	2,2	1,7	2,8
20-34 anos	47	0,3	0,2	0,4	426	2,5	2,2	2,9
≥ 35 anos	7	0,3	0,1	0,7	81	3,2	2,5	4,2
Escolaridade								
< Ensino fundamental	19	0,3	0,2	0,5	159	2,5	2,1	3,0
Ensino fundamental completo	15	0,2	0,1	0,5	170	2,8	2,3	3,5
Ensino médio completo	20	0,2	0,1	0,3	228	2,5	2,1	3,0
≥ Ensino superior completo	12	0,6	0,3	1,2	51	2,4	1,7	3,5
Score socioeconômico								
Classe D+E	18	0,3	0,2	0,6	126	2,3	1,8	2,8
Classe C	30	0,2	0,2	0,4	331	2,7	2,3	3,2
Classe A+B	18	0,3	0,2	0,6	126	2,5	2,0	3,2
Raça/ cor								
Branca	20	0,3	0,1	0,4	207	2,6	2,2	3,1
Preta	8	0,4	0,2	0,9	51	2,5	1,4	4,4
Parda	38	0,3	0,2	0,4	335	2,5	2,2	2,9
Amarela	0	0,0	0,0	0,0	13	5,0	2,8	8,9
Indígena	0	0,0	0,0	0,0	2	2,3	0,7	7,3
Paridade								
Primípara	31	0,3	0,2	0,4	268	2,4	2,0	2,9
1 a 2 partos anteriores	23	0,2	0,1	0,4	258	2,5	2,2	3,0
≥ 3 partos anteriores	12	0,5	0,2	1,2	83	3,4	2,6	4,4
Abortos anteriores								
0	37	0,2	0,1	0,3	434	2,2	1,9	2,5
1	17	0,5	0,3	1,0	110	3,4	2,8	4,1
≥ 2	12	1,5	0,7	3,1	64	8,0	6,2	10,4
Número de consultas no pré-natal								
Não fez	2	0,6	0,2	2,5	2	0,9	0,3	3,1
1-3	6	0,3	0,1	0,8	57	2,7	1,9	3,9
4-5	8	0,2	0,1	0,4	102	2,5	1,9	3,2
6 ou mais	49	0,3	0,2	0,4	437	2,6	2,3	2,9

Continua

Tabela 4: Prevalência da incompetência istmocervical segundo características maternas e do parto, histórico obstétrico e região geográfica. Pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Continuação

Variáveis de interesse	Prontuário				Questionário			
	n	%	IC (95%)		n	%	IC (95%)	
			Limite inferior	Limite superior			Limite inferior	Limite inferior
Trimestre que iniciou pré-natal								
Não fez	2	0,6	0,2	2,5	2	0,9	0,3	3,1
Primeiro	54	0,3	0,2	0,4	472	2,7	2,3	3,1
Segundo	9	0,2	0,1	0,4	116	2,4	1,9	3,0
Terceiro	1	0,1	0,0	0,9	17	2,0	1,1	3,7
Orientação sobre sinais de risco								
Não	26	0,3	0,2	0,5	191	2,2	1,8	2,6
Sim	38	0,3	0,2	0,4	409	2,8	2,5	3,2
Fonte de pagamento do parto								
Pública	55	0,3	0,2	0,4	493	2,6	2,3	2,9
Privada	12	0,2	0,1	0,4	116	2,4	2,0	3,0
Tipo de parto								
Vaginal	38	0,3	0,2	0,6	262	2,3	1,9	2,8
Cesáreo	28	0,2	0,2	0,3	346	2,8	2,4	3,2

Os percentuais de concordância entre as informações do questionário e do prontuário em relação ao diagnóstico de IIC, estratificados pelas características de interesse, foram altos. Já os percentuais positivos variaram, para as regiões brasileiras, de 0,0% (Norte) a 13,8% (Sudeste) e para as capitais e cidades metropolitanas, de 14,6% e 2,8%, nos outros municípios. Entre os tipos de financiamento de hospital houve pouca variação, de 6,2% (privado) a 8,6% (público). Já entre as idades maternas, o percentual de concordância positiva aumentou conforme as faixas etárias, sendo de 0,0% entre as puérperas de 12 a 19 anos, de 8,3% entre as de 20 a 34 anos e de 13,6% entre as com mais de 34 anos. Da mesma maneira, esse percentual cresceu conforme a paridade e o número de abortos anteriores. Ainda, os dois métodos concordaram sobre a presença de IIC em 9,7% das puérperas com menos que ensino fundamental, assim como 7,5% das com ensino fundamental completo, 2,5% das com ensino médio completo e 21,7% das com ensino superior completo ou mais; além de em apenas 6,0% das pertencentes à classe C. Em relação à raça/cor, esses percentuais para as mulheres brancas e pardas foram de, respectivamente, 7,3% e 7,6%, enquanto para as pretas foi de 10,6%. Entre as mulheres que não fizeram pré-natal, a concordância positiva foi de 0,0%, da mesma maneira que no grupo que fez e o iniciou no terceiro trimestre. De forma oposta, as frequências de concordância negativa foram altas, mostrando que os instrumentos de

coleta concordavam, em grande parte das vezes, sobre a ausência da doença (Tabela 5).

Os valores do Kappa ficaram entre -0,01 e 0,27, fato explicado pelas baixas prevalências encontradas. Nesse contexto, o PABAK apresentou valores acima de 0,90, com exceção do grupo de mulheres com dois ou mais abortos anteriores, onde esse valor foi de 0,87, também considerado alto, indicando assim uma alta concordância entre os dois métodos de coleta de dados (Tabela 5).

Tabela 5: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para incompetência istmocervical. Pesquisa Nascido no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%	Erro padrão	K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Região										
Norte	96,6	0,7	0,0	8,4	98,3	12,7	0,00	0,07	0,93	0,01
Nordeste	97,3	0,4	3,6	4,8	98,7	0,5	0,03	0,06	0,95	0,01
Sudeste	97,6	0,3	13,8	4,0	98,8	1,4	0,13	0,06	0,95	0,01
Sul	97,7	0,5	5,6	7,3	98,8	1,2	0,05	0,09	0,95	0,01
Centro-Oeste	96,8	0,9	1,5	10,1	98,4	0,6	0,01	0,10	0,94	0,02
Localização do hospital										
Outros municípios	97,4	0,3	2,8	3,3	98,7	0,3	0,02	0,03	0,95	0,01
Capital ou região metropolitana	97,4	0,3	14,6	4,2	98,7	1,5	0,14	0,06	0,95	0,01
Tipo de financiamento do hospital										
SUS	97,4	0,3	8,6	4,0	98,7	0,9	0,08	0,05	0,95	0,01
Misto	97,3	0,3	7,1	3,9	98,6	0,7	0,07	0,05	0,95	0,01
Privado	97,6	0,5	6,2	6,7	98,8	1,2	0,06	0,09	0,95	0,01
Idade										
12-19 anos	97,5	0,5	0,0	5,9	98,8	12,3	0,00	0,05	0,95	0,01
20-34 anos	97,4	0,2	8,3	3,1	98,7	0,7	0,08	0,04	0,95	0,00
≥ 35 anos	97,0	0,7	13,6	8,0	98,5	2,6	0,13	0,11	0,94	0,01
Escolaridade										
< Ensino fundamental	97,4	0,4	9,7	5,0	98,7	1,3	0,09	0,07	0,95	0,01
Ensino fundamental completo	97,2	0,4	7,5	5,1	98,6	1,0	0,07	0,07	0,94	0,01
Ensino médio completo	97,4	0,3	2,5	4,1	98,7	0,3	0,02	0,04	0,95	0,01
≥ Ensino superior completo	97,6	0,6	21,7	8,7	98,8	4,4	0,21	0,14	0,95	0,01
Score socioeconômico										
Classe D+E	97,6	0,4	6,7	5,3	98,8	1,0	0,06	0,07	0,95	0,01
Classe C	97,2	0,3	6,0	3,6	98,6	0,6	0,06	0,04	0,94	0,01
Classe A+B	97,5	0,4	12,3	5,3	98,7	1,7	0,12	0,08	0,95	0,01
Raça/ cor										
Branca	97,4	0,3	7,3	4,4	98,7	0,9	0,07	0,06	0,95	0,01
Preta	97,4	0,7	10,6	8,8	98,7	2,4	0,10	0,12	0,95	0,01
Parda	97,4	0,3	7,6	3,5	98,7	0,7	0,07	0,04	0,95	0,01
Amarela	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Indígena	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paridade										
Primípara	97,4	0,3	3,3	3,8	98,7	0,4	0,03	0,04	0,95	0,01
1 a 2 partos anteriores	97,5	0,3	8,0	4,0	98,7	0,9	0,08	0,05	0,95	0,01
≥ 3 partos anteriores	96,9	0,7	19,9	8,1	98,4	3,5	0,19	0,12	0,94	0,01

Continua

Tabela 5: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para incompetência istmocervical. Pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Continuação

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%		K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Abortos anteriores										
0	97,7	0,2	3,8	2,8	98,8	0,3	0,03	0,03	0,95	0,00
1	96,4	0,6	8,8	7,1	98,2	1,4	0,08	0,08	0,93	0,01
≥ 2	93,3	1,7	29,1	14,9	96,5	5,3	0,27	0,15	0,87	0,03
Número de consultas no pré-natal										
Não fez	98,4	1,6	0,0	24,8	99,2	0,8	-0,01	0,04	0,97	0,03
1-3	97,3	0,7	9,7	8,7	98,6	2,2	0,09	0,12	0,95	0,01
4-5	97,4	0,5	2,9	6,2	98,7	0,0	0,03	0,07	0,95	0,01
6 ou mais	97,4	0,2	8,3	3,1	98,7	0,7	0,08	0,04	0,95	0,00
Trimestre que iniciou pré-natal										
Não fez	98,4	1,6	0,0	24,8	99,2	0,8	-0,01	0,04	0,97	0,03
Primeiro	97,3	0,2	8,9	3,0	98,6	0,7	0,08	0,04	0,95	0,00
Segundo	97,5	0,4	3,4	5,7	98,7	0,6	0,03	0,06	0,95	0,01
Terceiro	97,9	1,0	0,0	13,6	98,9	22,9	0,00	0,12	0,96	0,02
Orientação sobre sinais de risco durante pré-natal										
Não fez	98,4	1,6	0,0	24,8	99,2	0,8	-0,01	0,04	0,97	0,03
Não	97,8	0,3	8,6	4,2	98,9	1,0	0,08	0,06	0,96	0,01
Sim	97,1	0,3	7,2	3,3	98,6	0,6	0,07	0,04	0,94	0,01
Fonte de pagamento do parto										
Pública	97,4	0,2	7,9	2,9	98,7	0,6	0,07	0,04	0,95	0,00
Privada	97,5	0,4	6,1	5,8	98,7	1,0	0,06	0,07	0,95	0,01
Tipo de parto										
Vaginal	97,7	0,3	12,3	3,7	98,8	1,2	0,12	0,06	0,95	0,01
Cesáreo	97,1	0,3	3,8	3,6	98,5	0,4	0,03	0,04	0,94	0,01

7.2. Prevalências e concordâncias para condições fetais

A prevalência de condições fetais na gestação foi maior na região Norte (5,6%) e nas capitais e regiões metropolitanas (5,0%), seguida de perto pelos outros municípios (4,9%). Ademais, os percentuais dessas intercorrências fetais foram superiores em puérperas que tiveram parto cesáreo (8,2%) e pelo SUS (5,0%) realizado em hospitais com financiamento misto (5,1%). Em se tratando das características sociodemográficas, mulheres com 35 anos ou mais apresentaram maior frequência da doença (5,7%), assim como as com ensino médio completo (5,2%), classe econômica C (5,1%) e as brancas (5,1%). Ainda, mulheres primíparas (5,9%) e com dois ou mais abortos anteriores (5,5%) tiveram maiores percentuais dos agravos. Com relação ao pré-natal, as maiores prevalências foram em puérperas que

o iniciaram no terceiro trimestre (5,3%), tiveram entre uma e três (4,9%) ou mais de cinco (4,9%) consultas e orientações sobre risco (5,0%) (questionário) (Tabela 6).

No questionário, as maiores prevalências foram encontradas em mulheres do Sul (7,1%), das capitais e cidades metropolitanas (7,1%), que tiveram parto em hospitais públicos (7,6%), com idades superiores a 34 anos (8,8%), nível de escolaridade menor que fundamental (6,9%), da classe C (6,9%), da raça/cor amarela (9,2%), com histórico de mais de dois partos (8,0%), com dois ou mais abortos sofridos anteriormente (9,0%), que não fizeram pré-natal (7,0%) ou tiveram entre quatro e cinco consultas (7,0%) e receberam orientações sobre sinais de risco (7,2%). Além disso, os maiores percentuais das condições fetais também foram encontrados em mulheres cuja fonte de pagamento do parto foi pública (6,7%) e com parto cesáreo (8,4%) (Tabela 6).

Tabela 6: Prevalência de condições fetais segundo características maternas e do parto, histórico obstétrico e região geográfica. Pesquisa Nascir no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Prontuário				Questionário			
	n	%	IC (95%)		n	%	IC (95%)	
			Limite inferior	Limite superior			Limite inferior	Limite superior
Região								
Norte	128	5,6	3,9	7,9	141	6,2	4,5	8,6
Nordeste	356	4,5	4,5	6,0	535	6,6	6,6	9,3
Sudeste	501	4,9	4,2	5,8	600	5,9	5,1	6,9
Sul	124	4,1	3,1	5,4	211	7,1	6,3	8,1
Centro-Oeste	69	4,4	2,8	7,0	89	5,8	4,6	7,2
Localização da cidade								
Outros municípios	731	4,9	4,3	5,5	940	6,4	5,8	7,0
Capital ou região metropolitana	447	5,0	4,2	5,9	636	7,1	6,1	8,4
Tipo de financiamento do hospital								
SUS	476	4,8	4,1	5,7	744	7,6	6,5	9,0
Misto	539	5,1	4,4	5,9	599	5,7	5,2	6,3
Privado	164	4,6	4,0	5,3	232	6,6	5,6	7,7
Idade								
12-19 anos	209	4,6	3,8	5,5	267	5,9	5,0	7,0
20-34 anos	826	4,9	4,4	5,5	1091	6,5	5,9	7,2
≥ 35 anos	142	5,7	4,4	7,3	217	8,8	7,4	10,4
Escolaridade								
< Ensino fundamental	296	4,7	4,0	5,6	429	6,9	5,9	8,0
Ensino fundamental completo	303	5,0	4,3	5,8	387	6,4	5,6	7,3
Ensino médio completo	479	5,2	4,5	5,9	608	6,6	5,9	7,3
≥ Ensino superior completo	93	4,4	3,4	5,7	140	6,7	5,5	8,0
Score socioeconômico								
Classe D+E	272	4,8	4,1	5,7	354	6,4	5,3	7,8
Classe C	624	5,1	4,4	5,8	846	6,9	6,2	7,7
Classe A+B	272	4,7	4,1	5,5	354	6,3	5,4	7,3
Raça/ cor								
Branca	409	5,1	4,4	5,9	530	6,6	5,9	7,4
Preta	96	4,7	3,4	6,4	110	5,4	4,5	6,6
Parda	664	5,0	4,4	5,6	903	6,8	6,0	7,7
Amarela	8	3,2	1,6	6,3	23	9,2	5,4	15,4
Indígena	1	0,7	0,1	5,3	8	8,2	4,2	15,3

Continua

Tabela 6: Prevalência de condições fetais segundo características maternas e do parto, histórico obstétrico e região geográfica. Pesquisa Nascir no Brasil, 2011-2012.

Continuação

Variáveis de interesse	Prontuário				Questionário			
	n	%	IC (95%)		n	%	IC (95%)	
			Limite inferior	Limite superior			Limite inferior	Limite superior
Paridade								
Primípara	659	5,9	5,3	6,6	690	6,2	5,5	7,0
1 a 2 partos anteriores	415	4,1	3,5	4,7	689	6,8	6,1	7,6
≥ 3 partos anteriores	105	4,2	3,3	5,4	196	8,0	6,5	9,9
Abortos anteriores								
0	993	5,0	4,5	5,5	1239	6,3	5,7	6,9
1	142	4,4	3,5	5,5	264	8,3	6,9	9,8
≥ 2	44	5,5	3,6	8,2	72	9,0	6,8	11,9
Número de consultas no pré-natal								
Não fez	13	4,4	2,5	7,7	18	7,0	2,9	15,8
1-3	103	4,9	3,8	6,3	142	6,8	5,3	8,7
4-5	199	4,8	3,8	6,2	284	7,0	5,8	8,4
6 ou mais	832	4,9	4,4	5,5	1084	6,4	5,9	7,1
Trimestre que iniciou pré-natal								
Não fez	13	4,4	2,5	7,7	18	7,0	2,9	15,8
Primeiro	875	4,9	4,4	5,5	1173	6,6	6,1	7,3
Segundo	233	4,8	4,0	5,9	322	6,8	5,8	7,9
Terceiro	45	5,3	3,9	7,2	51	6,0	4,2	8,6
Orientação sobre sinais de risco								
Não	433	4,9	4,2	5,6	505	5,7	5,0	6,6
Sim	723	5,0	4,4	5,5	1045	7,2	6,5	8,0
Fonte de pagamento do parto								
Pública	948	5,0	4,4	5,6	1264	6,7	6,0	7,4
Privada	231	4,8	4,2	5,5	311	6,5	5,6	7,6
Tipo de parto								
Vaginal	161	1,4	1,1	1,8	540	4,7	4,2	5,4
Cesáreo	1018	8,2	7,4	9,1	1035	8,4	7,7	9,2

A concordância entre os dois instrumentos para o diagnóstico de condições fetais estratificada pelas variáveis de interesse, de forma geral, foi alta, exceto pela concordância positiva que apresentou valores até 26,0%. Os percentuais mais baixos de concordância positiva foram encontrados no grupo de puérperas indígenas (0,0%), que não fizeram pré-natal (0,0%), nas mulheres que tiveram parto vaginal (6,6%), nas que começaram o pré-natal no terceiro trimestre (12,0%), moradoras do Norte (13,6%), pretas (13,7%), nas com histórico de três ou mais partos anteriores (14,2%), que tiveram entre uma e três consultas (14,6%) e pertencentes às classes D e E (15,2%) (Tabela 7).

Nesse contexto, o Kappa variou de -0,01 (concordância pobre) até 0,22 (concordância razoável), e quando ajustado ficou entre 0,75 e 0,97 (concordância substancial e quase perfeita) (Tabela 7).

Tabela 7: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para condições fetais. Pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%	Erro padrão	K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Região										
Norte	89,9	1,2	13,6	8,9	94,6	1,3	0,08	0,06	0,80	0,02
Nordeste	89,5	0,7	19,2	5,2	94,4	0,9	0,14	0,04	0,79	0,01
Sudeste	91,5	0,5	21,2	4,2	95,5	0,8	0,17	0,03	0,83	0,01
Sul	91,7	1,0	26,0	7,8	95,6	1,9	0,22	0,07	0,83	0,02
Centro-Oeste	91,7	1,4	17,9	10,7	95,6	2,0	0,14	0,08	0,83	0,03
Localização do hospital										
Outros municípios	90,9	0,5	18,4	3,5	95,2	0,6	0,14	0,03	0,82	0,01
Capital ou região metropolitana	90,7	0,6	23,0	4,5	95,0	0,9	0,18	0,04	0,81	0,01
Tipo de financiamento do hospital										
SUS	90,2	0,6	20,6	4,3	94,8	0,8	0,16	0,03	0,80	0,01
Misto	91,1	0,5	18,2	4,1	95,3	0,7	0,14	0,03	0,82	0,01
Privado	91,6	0,9	24,7	7,2	95,5	1,6	0,20	0,06	0,83	0,02
Idade										
12-19 anos	91,5	0,8	18,0	6,3	95,5	1,1	0,14	0,05	0,83	0,02
20-34 anos	90,8	0,4	19,8	3,3	95,1	0,6	0,15	0,03	0,82	0,01
≥ 35 anos	89,4	1,2	25,2	8,8	94,3	1,8	0,20	0,06	0,79	0,02
Escolaridade										
< Ensino fundamental	90,5	0,7	17,1	5,4	94,9	0,9	0,12	0,04	0,81	0,01
Ensino fundamental completo	90,5	0,7	16,7	5,4	95,0	0,9	0,12	0,04	0,81	0,01
Ensino médio completo	91,1	0,6	23,8	4,5	95,3	0,9	0,19	0,04	0,82	0,01
≥ Ensino superior completo	91,5	1,2	22,9	9,3	95,5	2,0	0,19	0,08	0,83	0,02
Score socioeconômico										
Classe D+E	90,5	0,8	15,2	5,7	95,0	0,9	0,10	0,04	0,81	0,02
Classe C	90,5	0,5	20,5	3,9	95,0	0,7	0,16	0,03	0,81	0,01
Classe A+B	91,7	0,7	24,7	5,6	95,6	1,3	0,20	0,05	0,83	0,01
Raça/ cor										
Branca	91,0	0,6	22,9	4,8	95,2	1,0	0,18	0,04	0,82	0,01
Preta	91,3	1,2	13,7	9,3	95,4	1,4	0,09	0,07	0,83	0,02
Parda	90,6	0,5	19,5	3,7	95,0	0,7	0,15	0,03	0,81	0,01
Amarela	90,1	3,7	20,4	26,8	94,7	5,5	0,16	0,21	0,80	0,07
Indígena	91,1	5,7	0,0	41,8	95,3	38,8	-0,01	0,34	0,82	0,11
Paridade										
Primípara	90,7	0,5	22,7	4,1	95,1	0,8	0,18	0,03	0,81	0,01
1 a 2 partos anteriores	91,2	0,6	18,8	4,2	95,3	0,8	0,14	0,03	0,82	0,01
≥ 3 partos anteriores	89,7	1,2	14,2	8,6	94,5	1,4	0,09	0,06	0,79	0,02
Abortos anteriores										
0	91,1	0,4	20,6	3,0	95,3	0,6	0,16	0,02	0,82	0,01
1	89,8	1,1	18,9	7,6	94,5	1,4	0,14	0,06	0,80	0,02
≥ 2	88,0	2,3	17,1	15,3	93,5	2,5	0,11	0,10	0,76	0,05
Número de consultas no pré-natal										
Não fez	98,4	1,6	0,0	24,8	99,2	0,8	-0,01	0,04	0,97	0,03
1-3	90,2	1,3	14,6	9,3	94,8	1,5	0,10	0,06	0,80	0,03
4-5	91,3	0,9	25,8	6,7	95,4	0,0	0,21	0,05	0,83	0,02
6 ou mais	90,8	0,4	19,2	3,3	95,1	0,6	0,14	0,02	0,82	0,01
Trimestre que iniciou pré-natal										
Não fez	98,4	1,6	0,0	24,8	99,2	0,8	-0,01	0,04	0,97	0,03
Primeiro	90,9	0,4	21,1	3,2	95,2	0,6	0,16	0,02	0,82	0,01
Segundo	90,6	0,8	18,7	6,1	95,0	1,1	0,14	0,05	0,81	0,02
Terceiro	90,1	2,0	12,0	14,5	94,8	2,1	0,07	0,09	0,80	0,04

Continua

Tabela 7: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para condições fetais. Pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Continuação

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%	Erro padrão	K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Orientação sobre sinais de risco durante pré-natal										
Não fez	98,4	1,6	0,0	24,8	99,2	0,8	-0,01	0,04	0,97	0,03
Não	91,7	0,6	21,0	4,5	95,6	0,9	0,17	0,04	0,83	0,01
Sim	90,3	0,5	20,0	3,5	94,8	0,7	0,15	0,03	0,81	0,01
Fonte de pagamento do parto										
Pública	90,6	0,4	19,0	3,1	95,0	0,6	0,14	0,02	0,81	0,01
Privada	91,5	0,8	25,2	6,2	95,5	1,4	0,21	0,05	0,83	0,02
Tipo de parto										
Vaginal	94,3	0,4	6,6	3,8	97,1	0,5	0,05	0,03	0,89	0,01
Cesáreo	87,5	0,6	24,8	4,0	93,2	0,7	0,18	0,03	0,75	0,01

7.3. Prevalências e concordâncias para problemas com volume do líquido amniótico

Os problemas com o volume do líquido amniótico eram mais prevalentes em puérperas, segundo autorrelato e registro médico, do Norte e das capitais e regiões metropolitanas. Essas pertenciam à faixa etária de 35 anos ou mais e fizeram cesariana. Já de acordo somente com o prontuário, os maiores percentuais de oli ou polidramnia foram encontrados em mulheres que tiveram o parto em hospitais privados (5,8%), com ensino médio completo (5,3%), pertencentes às classes A e B (5,1%), de raça/cor amarela (6,8%), primíparas (4,7%), com um aborto anterior (5,3%), que não fizeram pré-natal (6,4%) e cuja fonte de pagamento do parto foi privada (5,4%) (Tabela 8).

De forma oposta, segundo o questionário, essa intercorrência foi relatada mais frequentemente por puérperas que tinham menor escolaridade (13,8%), pertenciam às classes D e E (12,6%), eram indígenas (22,7%), tiveram três ou mais partos (14,9%) e dois ou mais abortos anteriores (17,0%), realizaram entre uma e três consultas de pré-natal (13,9%) e o começaram no segundo ou terceiro trimestre (12,6%), tiveram orientações sobre sinais de risco (12,1%) e seus partos foram realizados em hospitais públicos (14,1%) e pagos pelo SUS (12,3%) (Tabela 8).

Tabela 8: Prevalência de problemas com o líquido amniótico segundo características maternas e do parto, histórico obstétrico e região geográfica. Pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Prontuário				Questionário			
	n	%	IC (95%)		n	%	IC (95%)	
			Limite inferior	Limite superior			Limite inferior	Limite superior
Região								
Norte	107	4,6	3,3	6,4	355	16,1	12,8	20,0
Nordeste	334	3,8	3,8	6,2	958	12,3	12,3	16,4
Sudeste	426	4,2	3,5	5,1	1031	10,3	9,1	11,7
Sul	99	3,3	2,7	4,1	247	8,4	7,1	9,9
Centro-Oeste	64	4,1	2,7	6,0	203	13,2	9,3	18,4
Localização da cidade								
Outros municípios	541	3,6	3,2	4,1	1700	11,6	10,5	12,9
Capital ou região metropolitana	487	5,4	4,4	6,7	1095	12,4	11,0	14,0
Tipo de financiamento do hospital								
SUS	501	5,1	4,1	6,3	1351	14,1	12,3	16,0
Misto	323	3,1	2,6	3,6	1080	10,5	9,4	11,6
Privado	205	5,8	5,0	6,7	364	10,4	8,5	12,6
Idade								
12-19 anos	160	3,5	2,5	4,8	489	10,9	9,7	12,4
20-34 anos	737	4,4	3,9	4,9	1976	12,0	11,0	13,0
≥ 35 anos	132	5,3	4,2	6,6	329	13,4	11,6	15,5
Escolaridade								
< Ensino fundamental	215	3,4	2,6	4,4	847	13,8	12,3	15,5
Ensino fundamental completo	223	3,7	3,1	4,3	701	11,7	10,6	12,9
Ensino médio completo	487	5,3	4,5	6,2	1021	11,2	10,1	12,4
≥ Ensino superior completo	97	4,6	3,5	6,0	216	10,3	8,4	12,5
Score socioeconômico								
Classe D+E	197	3,5	2,7	4,6	682	12,6	11,0	14,2
Classe C	529	4,3	3,7	5,0	1456	12,1	10,9	13,3
Classe A+B	197	5,1	4,4	5,8	682	10,9	9,7	12,3
Raça/ cor								
Branca	336	4,2	3,6	4,8	850	10,7	9,5	12,0
Preta	87	4,2	2,9	6,1	243	12,1	9,2	15,7
Parda	586	4,4	3,7	5,1	1640	12,5	11,4	13,7
Amarela	17	6,8	4,0	11,3	40	15,9	11,0	22,5
Indígena	3	2,8	0,9	8,6	22	22,7	14,0	34,7
Paridade								
Primípara	525	4,7	4,0	5,5	1270	11,5	10,5	12,6
1 a 2 partos anteriores	419	4,1	3,5	4,8	1167	11,7	10,6	12,9
≥ 3 partos anteriores	85	3,4	2,6	4,5	357	14,9	12,7	17,4
Abortos anteriores								
0	819	4,1	3,6	4,7	2252	11,6	10,6	12,6
1	169	5,3	4,2	6,5	409	12,9	11,2	14,9
≥ 2	41	5,0	3,2	8,0	134	17,0	13,3	21,4
Número de consultas no pré-natal								
Não fez	18	6,4	2,5	15,4	20	8,3	5,1	13,3
1-3	71	3,4	2,2	5,1	288	13,9	11,7	16,3
4-5	179	4,4	3,5	5,4	518	12,9	11,4	14,6
6 ou mais	734	4,3	3,9	4,9	1903	11,4	10,5	12,4
Trimestre que iniciou pré-natal								
Não fez	18	6,4	2,5	15,4	20	8,3	5,1	13,3
Primeiro	799	4,5	4,0	5,0	2055	11,8	10,8	12,8
Segundo	179	3,7	2,8	4,9	596	12,6	11,2	14,2
Terceiro	26	3,0	1,8	5,0	105	12,6	10,0	15,9
Orientação sobre sinais de risco								
Não	386	4,4	3,6	5,2	1013	11,7	10,5	13,0
Sim	620	4,3	3,7	4,8	1739	12,1	11,1	13,1

Continua

Tabela 8: Prevalência de problemas com o líquido amniótico segundo características maternas e do parto, histórico obstétrico e região geográfica. Pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Continuação

Variáveis de interesse	Prontuário				Questionário			
	n	%	IC (95%)		n	%	IC (95%)	
			Limite inferior	Limite superior			Limite inferior	Limite superior
Fonte de pagamento do parto								
Pública	770	4,0	3,5	4,7	2293	12,3	11,2	13,4
Privada	259	5,4	4,7	6,2	502	10,6	9,1	12,4
Tipo de parto								
Vaginal	163	1,4	1,1	1,9	1118	9,9	8,8	11,2
Cesáreo	866	7,0	6,2	7,8	1676	13,8	12,7	15,0

A concordância geral entre os dois instrumentos para os problemas com o volume do líquido amniótico ficou acima de 75,0% quando estratificada pelos grupos de interesse. Já os percentuais de concordância positiva variaram entre 2,0% e 46,7%. Entre esses, os maiores foram encontrados em mulheres da região Sul, moradoras da capital ou região metropolitana, mais velhas, com maior escolaridade, pertencentes as classes A e B, amarelas, primíparas, com histórico de um aborto anterior, que realizaram quatro ou mais consultas de pré-natal começando no primeiro trimestre e recebendo informações sobre sinais de risco e que realizaram o parto cesáreo em hospitais com financiamento privado. De forma oposta, os percentuais de concordância negativa foram altos, mantendo-se acima de 86,0% para todos os grupos (Tabela 9).

Foi constatada concordância leve ou razoável segundo o Kappa, que variou de -0,02 a 0,41. Quando ajustado pela prevalência (PABAK), esse manteve-se entre 0,67 e 0,82 (concordância substancial), com exceção nos grupos de mulheres indígenas, onde foi de 0,51 (moderada), e das residentes no Sul, onde a concordância foi quase perfeita (0,84) (Tabela 9).

Tabela 9: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para problemas com o líquido amniótico. Pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%	Erro padrão	K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Região										
Norte	83,7	1,5	21,5	9,7	90,9	1,7	0,15	0,06	0,67	0,03
Nordeste	86,0	0,8	26,7	5,5	92,3	1,1	0,21	0,04	0,72	0,02
Sudeste	89,9	0,6	30,2	4,4	94,5	1,1	0,26	0,03	0,80	0,01
Sul	91,9	1,0	31,1	7,9	95,7	2,4	0,28	0,07	0,84	0,02
Centro-Oeste	87,0	1,7	24,8	11,4	92,9	2,3	0,20	0,08	0,74	0,03
Localização do hospital										
Outros municípios	88,5	0,5	24,4	3,6	93,8	0,8	0,20	0,03	0,77	0,01
Capital ou região metropolitana	87,9	0,7	32,2	4,8	93,3	1,1	0,27	0,03	0,76	0,01
Tipo de financiamento do hospital										
SUS	86,0	0,7	26,7	4,7	92,2	0,9	0,21	0,03	0,72	0,01
Misto	89,9	0,6	25,6	4,3	94,6	1,0	0,22	0,03	0,80	0,01
Privado	89,6	1,0	35,7	7,6	94,3	1,9	0,31	0,05	0,79	0,02
Idade										
12-19 anos	88,6	0,9	21,4	6,5	93,9	1,3	0,17	0,05	0,77	0,02
20-34 anos	88,4	0,5	28,9	3,5	93,7	0,8	0,24	0,03	0,77	0,01
≥ 35 anos	86,8	1,3	29,2	9,2	92,7	2,0	0,23	0,06	0,74	0,03
Escolaridade										
< Ensino fundamental	85,9	0,9	18,2	5,6	92,3	1,0	0,13	0,04	0,72	0,02
Ensino fundamental completo	88,6	0,8	26,0	5,7	93,8	1,3	0,22	0,04	0,77	0,02
Ensino médio completo	89,0	0,6	33,2	4,7	94,0	1,2	0,28	0,03	0,78	0,01
≥ Ensino superior completo	90,8	1,2	38,2	9,8	95,0	2,9	0,34	0,07	0,82	0,02
Score socioeconômico										
Classe D+E	86,9	0,9	18,7	6,0	92,9	1,0	0,14	0,04	0,74	0,02
Classe C	88,1	0,6	27,0	4,1	93,5	0,9	0,22	0,03	0,76	0,01
Classe A+B	90,0	0,8	37,7	6,0	94,6	1,6	0,33	0,04	0,80	0,02
Raça/ cor										
Branca	90,1	0,7	33,6	5,0	94,6	1,4	0,29	0,04	0,80	0,01
Preta	87,0	1,5	20,4	9,8	92,9	1,8	0,15	0,07	0,74	0,03
Parda	87,4	0,6	25,3	3,9	93,1	0,8	0,20	0,03	0,75	0,01
Amarela	88,1	4,0	46,7	31,2	93,3	8,0	0,41	0,18	0,76	0,08
Indígena	75,6	8,6	2,0	45,8	86,1	64,1	-0,02	0,36	0,51	0,17
Paridade										
Primípara	88,7	0,6	30,2	4,3	93,8	1,0	0,25	0,03	0,77	0,01
1 a 2 partos anteriores	88,4	0,6	26,5	4,4	93,7	1,0	0,22	0,03	0,77	0,01
≥ 3 partos anteriores	85,6	1,4	21,3	9,1	92,1	1,7	0,17	0,07	0,71	0,03
Abortos anteriores										
0	88,6	0,4	27,5	3,2	93,8	0,7	0,23	0,02	0,77	0,01
1	87,1	1,2	28,7	8,1	92,9	1,7	0,23	0,06	0,74	0,02
≥ 2	83,7	2,6	26,0	16,6	90,8	3,1	0,20	0,11	0,67	0,05
Número de consultas no pré-natal										
Não fez	90,0	3,8	18,2	27,3	94,7	5,0	0,14	0,21	0,80	0,08
1-3	86,3	1,5	20,1	9,7	92,5	1,7	0,16	0,07	0,73	0,03
4-5	87,6	1,0	28,5	7,1	93,2	0,0	0,23	0,05	0,75	0,02
6 ou mais	88,7	0,5	28,2	3,4	93,8	0,8	0,23	0,03	0,77	0,01
Trimestre que iniciou pré-natal										
Não fez	90,0	3,8	18,2	27,3	94,7	5,0	0,14	0,21	0,80	0,08
Primeiro	88,6	0,5	30,2	3,4	93,8	0,8	0,25	0,02	0,77	0,01
Segundo	86,8	1,0	19,5	6,4	92,8	1,1	0,15	0,05	0,74	0,02
Terceiro	87,6	2,2	20,2	15,2	93,3	2,9	0,16	0,12	0,75	0,04

Continua

Tabela 9: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para problemas com o líquido amniótico. Pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Continuação

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%	Erro padrão	K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Orientação sobre sinais de risco durante pré-natal										
Não fez	90,0	3,8	18,2	27,3	94,7	5,0	0,14	0,21	0,80	0,08
Não	88,4	0,7	28,1	4,8	93,7	1,1	0,23	0,03	0,77	0,01
Sim	88,1	0,5	27,6	3,7	93,5	0,8	0,23	0,03	0,76	0,01
Fonte de pagamento do parto										
Pública	87,8	0,5	25,3	3,2	93,4	0,7	0,20	0,02	0,76	0,01
Privada	89,9	0,9	37,1	6,6	94,5	1,7	0,32	0,05	0,80	0,02
Tipo de parto										
Vaginal	89,9	0,6	11,3	4,0	94,7	0,6	0,09	0,03	0,80	0,01
Cesáreo	86,7	0,6	35,9	4,3	92,6	0,9	0,29	0,03	0,73	0,01

7.4. Prevalências e concordâncias para isoimunização Rh

A prevalência de isoimunização RH variou de 0,7 a 2,5% entre as regiões brasileiras, sendo de 0,7% no Centro-Oeste e 2,5% no Sudeste. As maiores frequências da intercorrência foram encontradas em puérperas da capital e regiões metropolitanas (2,1%), da faixa etária de 12 a 19 anos (2,4%), com ensino superior completo ou mais (2,4%), pertencentes à classe A e B (2,6%), da raça/cor amarela (2,9%), primíparas (2,1%), sem histórico de aborto (2,1%), que começaram o pré-natal no terceiro semestre (3,5%), fazendo entre uma e três consultas (2,5%) e recebendo orientação sobre sinais de risco (2,2%). Essas mulheres com maior prevalência de isoimunização RH pagaram pelo próprio parto (2,3%) e o realizaram em hospitais mistos (2,4%), sendo esse cesáreo (2,1%), segundo o prontuário (Tabela 10).

Segundo relato das puérperas, a prevalência de isoimunização Rh estratificada pelas características de interesse variou de 1,8 a 6,8%. No Sudeste (5,7%) e no Sul (5,4%) essa intercorrência foi mais frequente, bem como em municípios que não são capitais e regiões metropolitanas (5,4%). A isoimunização Rh aconteceu em 6,7% dos partos em hospitais privados, em 6,8% dos com fonte de pagamento privada e em 5,6% dos cesáreos. Mulheres com 35 anos ou mais (6,7%), ensino superior completo

ou mais (7,3%), das classes A e B (6,3%), brancas (6,5%), primíparas (5,3%), com histórico de dois ou mais abortos (6,6%), que começaram o pré-natal no primeiro trimestre (5,6%) e que tiveram seis ou mais consultas (5,6%), bem como as que receberam orientações sobre sinais de risco (5,4%) foram as que apresentaram maior prevalência dessa condição clínica (Tabela 10).

Tabela 10: Prevalência da isoimunização RH segundo características maternas e do parto, histórico obstétrico e região geográfica. Pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Prontuário				Questionário			
	n	%	IC (95%)		n	%	IC (95%)	
			Limite inferior	Limite superior			Limite inferior	Limite superior
Região								
Norte	21	0,9	0,4	2,3	70	3,1	2,2	4,4
Nordeste	120	1,1	1,1	2,8	339	4,2	4,2	6,2
Sudeste	256	2,5	2,0	3,2	567	5,7	4,8	6,6
Sul	69	2,3	1,5	3,5	159	5,4	4,6	6,4
Centro-Oeste	11	0,7	0,4	1,2	70	4,6	3,4	6,1
Localização da cidade								
Outros municípios	286	1,9	1,5	2,4	780	5,4	4,7	6,1
Capital ou região metropolitana	191	2,1	1,5	2,9	425	4,8	4,2	5,6
Tipo de financiamento do hospital								
SUS	156	1,6	1,1	2,2	437	4,6	3,8	5,5
Misto	248	2,4	1,8	3,1	533	5,2	4,4	6,0
Privado	73	2,1	1,4	3,1	235	6,7	5,6	7,9
Idade								
12-19 anos	111	2,4	1,6	3,6	209	4,7	3,9	5,6
20-34 anos	318	1,9	1,6	2,3	833	5,0	4,5	5,6
≥ 35 anos	48	1,9	1,3	2,8	164	6,7	5,6	8,1
Escolaridade								
< Ensino fundamental	121	1,9	1,3	2,8	258	4,3	3,5	5,2
Ensino fundamental completo	126	2,1	1,6	2,6	313	5,3	4,5	6,2
Ensino médio completo	180	1,9	1,5	2,5	468	5,1	4,4	5,9
≥ Ensino superior completo	50	2,4	1,7	3,3	152	7,3	6,0	8,8
Score socioeconômico								
Classe D+E	119	2,1	1,3	3,4	251	4,7	3,8	5,7
Classe C	209	1,7	1,4	2,1	585	4,8	4,3	5,5
Classe A+B	119	2,6	2,0	3,2	251	6,3	5,6	7,1
Raça/ cor								
Branca	201	2,5	2,0	3,1	514	6,5	5,7	7,3
Preta	24	1,2	0,8	1,9	70	3,6	2,6	4,9
Parda	244	1,8	1,4	2,3	607	4,6	4,1	5,3
Amarela	7	2,9	1,2	6,5	11	4,4	2,3	8,4
Indígena	1	0,8	0,1	5,4	3	3,2	1,2	8,6
Paridade								
Primípara	234	2,1	1,6	2,7	586	5,3	4,7	6,0
1 a 2 partos anteriores	205	2,0	1,6	2,5	496	5,0	4,4	5,6
≥ 3 partos anteriores	38	1,5	1,0	2,3	124	5,2	3,9	6,9
Abortos anteriores								
0	410	2,1	1,7	2,5	978	5,0	4,5	5,6
1	52	1,6	1,1	2,4	176	5,6	4,7	6,6
≥ 2	15	1,9	1,0	3,5	52	6,6	4,0	10,7
Número de consultas no pré-natal								
Não fez	6	1,9	0,6	6,2	4	1,8	0,4	6,6
1-3	52	2,5	1,1	5,4	77	3,8	2,9	4,8
4-5	56	1,4	0,9	2,0	180	4,5	3,6	5,6
6 ou mais	353	2,1	1,7	2,5	925	5,6	5,0	6,2

Continua

Tabela 10: Prevalência da isoimunização RH segundo características maternas e do parto, histórico obstétrico e região geográfica. Pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Continuação

Variáveis de interesse	Prontuário				Questionário			
	n	%	IC (95%)		n	%	IC (95%)	
			Limite inferior	Limite superior			Limite inferior	Limite superior
Trimestre que iniciou pré-natal								
Não fez	6	1,9	0,6	6,2	4	1,8	0,4	6,6
Primeiro	370	2,1	1,7	2,5	980	5,6	5,1	6,2
Segundo	71	1,5	1,0	2,1	186	4,0	3,3	4,9
Terceiro	30	3,5	0,9	12,5	30	3,6	2,4	5,2
Orientação sobre sinais de risco								
Não	154	1,7	1,2	2,5	419	4,8	4,2	5,6
Sim	317	2,2	1,8	2,6	779	5,4	4,9	6,1
Fonte de pagamento do parto								
Pública	369	1,9	1,6	2,4	885	4,8	4,2	5,4
Privada	107	2,3	1,6	3,1	321	6,8	5,9	7,8
Tipo de parto								
Vaginal	222	1,9	1,5	2,6	522	4,7	4,0	5,4
Cesáreo	255	2,1	1,7	2,5	684	5,6	5,0	6,3

Os percentuais de concordância do questionário e do prontuário em relação a existência de isoimunização Rh foram altos (>92,0%), quando vistos segundo as variáveis consideradas. Em se tratando somente da presença da intercorrência, no Centro-Oeste o autorrelato e o prontuário médico concordaram somente em 8,0% dos casos. As capitais e regiões metropolitanas apresentaram concordância positiva menor que os outros municípios, com respectivamente 23,3% e 27,9%. Na mesma linha, nos hospitais onde o financiamento é público, esse percentual foi menor (22,6%) que o dos privados (26,8%) e mistos (28,7%). Ainda, quem pagou pelo próprio parto ou fez cesariana concordou positivamente com mais frequência, 28,5% e 29,3%, respectivamente. Já no grupo de puérperas cuja fonte de pagamento do parto foi pública e no que realizou parto normal esses valores foram de 25,5% e 22,3%, na devida ordem (Tabela 11).

As concordâncias positivas foram semelhantes entre as faixas etárias das puérperas, variando de 26,0% a 26,3%. Esses percentuais aumentaram concomitante com a escolaridade, começando em 20,5% (<ensino fundamental) e indo até 29,5% (\geq ensino superior completo), e a classe social, que variou de 18,5% (classes D e E) a 30,1% (classes A e B). No que diz respeito a raça/cor, no grupo das mulheres amarelas esse valor foi de somente 15,7% e nos das pardas de 23,8% (Tabela 11).

A medida que o número de partos aumentou a concordância positiva observada também aumentou, sendo de 25,3% no grupo de primíparas, 26,9% no de

mulheres com histórico de um a dois partos e 27,7% nas com três ou mais partos anteriores. De forma oposta, essa diminuiu conforme o crescimento no número de abortos sofridos anteriormente, assim, a concordância positiva para puérperas que nunca tiveram aborto foi de 27,3%, com um aborto foi de 23,8% e com dois ou mais, 11,6% (Tabela 11).

Em se tratando do pré-natal, para o grupo de mulheres que não o fizeram, esse valor foi de 77,5%, já para quem compareceu de uma a três consultas foi de 20,1%, de quatro a cinco consultas de 15,8% e quem foi a seis ou mais consultas foi de 28,6%. Nesse contexto, quanto mais cedo a puérpera iniciou o pré-natal, maior concordância positiva o grupo obteve, ou seja, quem começou no primeiro trimestre teve 27,3%, no segundo, 23,1%, e no terceiro, 11,5%). Na mesma linha, quem recebeu informações sobre sinais de risco apresentou maior concordância (28,3%), comparado com quem não recebeu (21,8%) (Tabela 11).

Ao contrário da positiva, a concordância negativa foi alta para todos os grupos, ficando sempre acima de 96,0%. Isso exposto, considerando o Kappa, as concordâncias encontradas foram classificadas em leves ou razoáveis (<0,40), com exceção da encontrada no grupo de mulheres que não fizeram pré-natal, onde essa foi de 0,77 (substancial). Já levando em conta o PABAK, a mesma foi quase perfeita (>0,81) para todas as estratificações (Tabela 11).

Tabela 11: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para a isoimunização RH. Pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%	Erro padrão	K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Região										
Norte	96,9	0,7	23,1	8,6	98,4	3,8	0,22	0,12	0,94	0,01
Nordeste	94,2	0,6	16,2	5,0	97,0	1,2	0,14	0,05	0,88	0,01
Sudeste	94,4	0,4	32,3	4,2	97,1	1,6	0,30	0,04	0,89	0,01
Sul	94,8	0,8	32,3	7,7	97,3	3,0	0,30	0,08	0,90	0,02
Centro-Oeste	95,2	1,1	8,0	10,3	97,5	1,6	0,07	0,11	0,90	0,02
Localização do hospital										
Outros municípios	94,7	0,4	27,9	3,4	97,3	1,3	0,26	0,04	0,89	0,01
Capital ou região metropolitana	94,6	0,5	23,3	4,4	97,2	1,4	0,21	0,05	0,89	0,01
Tipo de financiamento do hospital										
SUS	95,2	0,4	22,6	4,2	97,5	1,4	0,21	0,05	0,90	0,01
Misto	94,6	0,4	28,7	4,1	97,2	1,5	0,26	0,04	0,89	0,01
Privado	93,6	0,8	26,8	7,1	96,7	2,3	0,24	0,07	0,87	0,02

Continua

Tabela 11: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para a isoimunização RH. Pesquisa Nascir no Brasil, 2011-2012.

Continuação

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%	Erro padrão	K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Idade										
12-19 anos	94,7	0,7	26,0	6,2	97,2	2,0	0,24	0,07	0,89	0,01
20-34 anos	94,9	0,3	26,3	3,2	97,3	1,1	0,24	0,04	0,90	0,01
≥ 35 anos	93,6	1,0	26,1	8,5	96,7	2,8	0,24	0,08	0,87	0,02
Escolaridade										
< Ensino fundamental	95,0	0,5	20,5	5,3	97,4	1,6	0,18	0,06	0,90	0,01
Ensino fundamental completo	94,5	0,6	25,6	5,4	97,2	1,8	0,23	0,06	0,89	0,01
Ensino médio completo	95,0	0,4	29,5	4,3	97,4	1,7	0,27	0,05	0,90	0,01
≥ Ensino superior completo	93,2	1,1	29,5	9,2	96,4	3,1	0,27	0,09	0,86	0,02
Score socioeconômico										
Classe D+E	94,4	0,6	18,5	5,6	97,1	1,4	0,16	0,06	0,89	0,01
Classe C	95,2	0,4	27,5	3,7	97,5	1,5	0,26	0,04	0,90	0,01
Classe A+B	93,8	0,6	30,1	5,6	96,8	1,9	0,28	0,06	0,88	0,01
Raça/ cor										
Branca	93,6	0,5	28,6	4,7	96,7	1,6	0,26	0,05	0,87	0,01
Preta	96,8	0,8	31,4	9,2	98,3	4,8	0,30	0,13	0,94	0,02
Parda	95,1	0,4	23,8	3,6	97,4	1,2	0,22	0,04	0,90	0,01
Amarela	93,8	3,0	15,7	26,1	96,8	5,1	0,13	0,23	0,88	0,06
Indígena	97,6	3,1	40,1	41,5	98,8	30,8	0,39	0,63	0,95	0,06
Paridade										
Primípara	94,4	0,4	25,3	4,0	97,1	1,3	0,23	0,04	0,89	0,01
1 a 2 partos anteriores	94,9	0,4	26,9	4,1	97,4	1,5	0,25	0,05	0,90	0,01
≥ 3 partos anteriores	95,1	0,9	27,7	8,4	97,5	3,3	0,26	0,10	0,90	0,02
Abortos anteriores										
0	94,8	0,3	27,3	3,0	97,3	1,1	0,25	0,03	0,90	0,01
1	94,5	0,8	23,8	7,4	97,1	2,4	0,22	0,08	0,89	0,02
≥ 2	92,5	1,8	11,6	14,7	96,1	2,4	0,09	0,13	0,85	0,04
Número de consultas no pré-natal										
Não fez	99,4	1,0	77,5	25,8	99,7	27,1	0,77	0,35	0,99	0,02
1-3	95,0	0,9	20,1	9,1	97,4	2,4	0,18	0,10	0,90	0,02
4-5	95,0	0,7	15,8	6,4	97,4	0,0	0,14	0,07	0,90	0,01
6 ou mais	94,5	0,3	28,6	3,2	97,1	1,2	0,26	0,03	0,89	0,01
Trimestre que iniciou pré-natal										
Não fez	99,4	1,0	77,5	25,8	99,7	27,1	0,77	0,35	0,99	0,02
Primeiro	94,4	0,3	27,3	3,1	97,1	1,1	0,25	0,03	0,89	0,01
Segundo	95,8	0,6	23,1	6,0	97,8	2,2	0,21	0,07	0,92	0,01
Terceiro	93,7	1,7	11,5	14,2	96,7	2,0	0,08	0,11	0,87	0,03
Orientação sobre sinais de risco durante pré-natal										
Não fez	99,4	1,0	77,5	25,8	99,7	27,1	0,77	0,35	0,99	0,02
Não	94,8	0,5	21,8	4,4	97,3	1,4	0,20	0,05	0,90	0,01
Sim	94,5	0,4	28,3	3,5	97,1	1,2	0,26	0,04	0,89	0,01
Fonte de pagamento do parto										
Pública	95,0	0,3	25,5	3,0	97,4	1,1	0,23	0,03	0,90	0,01
Privada	93,6	0,7	28,5	6,1	96,6	2,1	0,26	0,06	0,87	0,01
Tipo de parto										
Vaginal	94,9	0,4	22,3	3,9	97,3	1,2	0,20	0,04	0,90	0,01
Cesáreo	94,6	0,4	29,3	3,8	97,2	1,4	0,27	0,04	0,89	0,01

7.5. Prevalências e concordâncias para placenta prévia

As prevalências de placenta prévia segundo o questionário, quando estratificadas pelas características de interesse, foram maiores que as considerando o registro médico. Os maiores percentuais da intercorrência, segundo o prontuário, foram encontrados no Norte (0,5%), em hospitais privados (0,5%), em mulheres mais velhas (0,7%), com maior escolaridade (0,7%) em puérperas pertencentes às classes A e B (0,6%), na raça/cor indígena (1,8%), em mulheres com histórico de três ou mais partos (0,7%), nas com um aborto anterior (0,7%), que pagaram pelo próprio parto (0,6%) e com cesariana (0,6%). Já levando em consideração o autorrelato, as maiores prevalências de placenta prévia estavam nos grupos de puérperas do Sul (5,2%), que realizaram o parto em hospitais privados (5,0%) e pagaram por ele (4,7%), mais velhas (4,3%), com maior escolaridade (4,4%), pertencentes às classes A e B (4,3%), amarelas (7,4%), com três ou mais partos anteriores (4,5%), com histórico de um aborto anterior (4,7%), que frequentaram entre uma e três consultas de pré-natal (5,0%), o começaram no primeiro trimestre (4,0%) e receberam orientações sobre sinais de risco (4,4%), e que tiveram parto cesáreo (4,3%) (Tabela 12).

Tabela 12: Prevalência de placenta prévia segundo características maternas e do parto, histórico obstétrico e região geográfica. Pesquisa Nascir no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Prontuário				Questionário			
	n	%	IC (95%)		n	%	IC (95%)	
			Limite inferior	Limite superior			Limite inferior	Limite superior
Região								
Norte	12	0,5	0,3	0,9	71	3,2	2,2	4,6
Nordeste	26	0,2	0,2	0,6	273	3,2	3,2	5,2
Sudeste	40	0,4	0,3	0,6	345	3,4	2,7	4,4
Sul	13	0,4	0,2	0,8	151	5,2	3,8	7,0
Centro-Oeste	6	0,4	0,2	0,8	48	3,1	2,4	4,1
Localização da cidade								
Outros municípios	65	0,4	0,3	0,6	553	3,8	3,2	4,4
Capital ou região metropolitana	32	0,4	0,2	0,5	336	3,8	3,0	4,9
Tipo de financiamento do hospital								
SUS	34	0,3	0,2	0,5	342	3,6	2,9	4,4
Misto	44	0,4	0,3	0,6	370	3,6	2,9	4,4
Privado	18	0,5	0,3	0,8	177	5,0	3,7	6,9
Idade								
12-19 anos	10	0,2	0,1	0,4	140	3,1	2,5	3,9
20-34 anos	68	0,4	0,3	0,5	641	3,9	3,3	4,5
≥ 35 anos	19	0,7	0,4	1,2	104	4,3	3,4	5,3

Continua

Tabela 12: Prevalência de placenta prévia segundo características maternas e do parto, histórico obstétrico e região geográfica. Pesquisa Nascir no Brasil, 2011-2012.

Continuação

Variáveis de interesse	Prontuário				Questionário			
	n	%	IC (95%)		n	%	IC (95%)	
			Limite inferior	Limite superior			Limite inferior	Limite superior
Escolaridade								
< Ensino fundamental	28	0,4	0,3	0,7	247	4,1	3,2	5,1
Ensino fundamental completo	21	0,4	0,2	0,6	196	3,3	2,7	4,0
Ensino médio completo	33	0,4	0,2	0,5	350	3,8	3,2	4,5
≥ Ensino superior completo	14	0,7	0,4	1,1	92	4,4	3,3	5,9
Score socioeconômico								
Classe D+E	22	0,4	0,2	0,6	180	3,3	2,5	4,4
Classe C	39	0,3	0,2	0,4	457	3,8	3,2	4,5
Classe A+B	22	0,6	0,4	0,9	180	4,3	3,6	5,1
Raça/ cor								
Branca	31	0,4	0,3	0,6	334	4,2	3,3	5,4
Preta	4	0,2	0,1	0,6	91	4,5	3,2	6,4
Parda	58	0,4	0,3	0,6	439	3,4	2,9	3,8
Amarela	1	0,5	0,1	2,9	19	7,4	4,5	11,8
Indígena	2	1,8	0,2	12,2	7	6,9	2,3	19,1
Paridade								
Primípara	35	0,3	0,2	0,4	415	3,8	3,1	4,5
1 a 2 partos anteriores	45	0,4	0,3	0,6	366	3,7	3,1	4,3
≥ 3 partos anteriores	16	0,7	0,4	1,2	107	4,5	3,4	5,8
Abortos anteriores								
0	71	0,4	0,3	0,5	705	3,6	3,1	4,2
1	22	0,7	0,4	1,1	148	4,7	3,8	5,9
≥ 2	4	0,5	0,2	1,2	36	4,6	2,9	7,2
Número de consultas no pré-natal								
Não fez	0	0,0	0,0	0,0	8	3,1	1,2	7,6
1-3	9	0,4	0,2	0,9	102	5,0	3,2	7,7
4-5	16	0,4	0,2	0,7	126	3,1	2,5	3,9
6 ou mais	64	0,4	0,3	0,5	626	3,8	3,3	4,3
Trimestre que iniciou pré-natal								
Não fez	0	0,0	0,0	0,0	8	3,1	1,2	7,6
Primeiro	78	0,4	0,3	0,6	691	4,0	3,4	4,6
Segundo	18	0,4	0,2	0,6	154	3,3	2,6	4,0
Terceiro	1	0,1	0,0	0,7	23	2,7	1,8	4,2
Orientação sobre sinais de risco								
Não	34	0,4	0,3	0,6	244	2,8	2,3	3,5
Sim	61	0,4	0,3	0,6	633	4,4	3,8	5,1
Fonte de pagamento do parto								
Pública	68	0,4	0,3	0,5	667	3,6	3,1	4,2
Privada	28	0,6	0,4	0,9	221	4,7	3,6	6,1
Tipo de parto								
Vaginal	22	0,2	0,1	0,3	360	3,2	2,6	4,0
Cesáreo	75	0,6	0,5	0,8	529	4,3	3,8	5,0

As concordâncias geral e negativa ficaram acima de 93,0%, enquanto as positivas tiveram percentuais baixos entre 0,8% e 18,3% para o diagnóstico de placenta prévia segundo os dois instrumentos. Assim, o Centro-Oeste concordou menos positivamente (5,6%), seguidas pelas regiões Norte (6,7%), Nordeste e Sul (8,5%) e Sudeste (9,8%). As capitais e regiões metropolitanas tiveram valor de 7,9%, enquanto os outros municípios, 9,2%. Os hospitais com financiamento privado

tiveram maior concordância positiva (12,0%), em comparação aos mistos (9,1%) e públicos (6,6%). Da mesma forma, a fonte de pagamento do parto privada concordou mais (13,9%) do que a pública (6,9%). Ainda, puérperas com parto cesáreo apresentaram maior percentual (11,3%) que as que tiveram vaginal (4,5%) (Tabela 13).

Como destaque, a idade (12 a 19 anos – 0,8%, 20 a 34 anos – 8,7%, 35 anos ou mais – 18,3%) e a situação socioeconômica maternas (classe D e E – 4,3%, classe C – 6,9%, classe A e B – 15,2%) tiveram valores de concordância graduais. Em se tratando da escolaridade, o maior percentual foi encontrado nas puérperas com ensino superior completo ou mais (16,2%). Na raça/cor, as mulheres pretas apresentaram menor concordância positiva (3,9%), seguidas pelas brancas (9,1%), pardas (9,3%) e amarelas (12,4%). As primíparas apresentaram concordância positiva de 5,4%, enquanto as mulheres com histórico de um a dois ou mais de dois partos anteriores tiveram 10,0% e 16,4%, respectivamente. As puérperas que sofreram um aborto concordaram mais (16,3%), comparado com as que sofreram mais de um (10,2%) ou nenhum (6,9%) (Tabela 13).

No pré-natal, as mulheres que compareceram à entre uma e três, quatro e cinco e mais de cinco consultas tiveram concordância positiva de 9,3%, 8,5% e 7,8%, respectivamente. Dessas, o valor para as que começaram o pré-natal no primeiro trimestre foi de 9,9%, no segundo trimestre de 4,4% e no terceiro de 6,9%. Além disso, as que receberam orientações sobre sinais de risco concordaram menos (8,7%) que as que não receberam (9,1%) (Tabela 13).

As concordâncias segundo os valores do Kappa foram leves para todas as estratificações. Já segundo o PABAK, elas foram classificadas em quase perfeitas (Tabela 13).

Tabela 13: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para placenta prévia. Pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%	Erro padrão	K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Região										
Norte	96,5	0,8	6,7	8,5	98,2	1,3	0,06	0,09	0,93	0,02
Nordeste	95,9	0,5	8,5	4,9	97,9	0,9	0,08	0,06	0,92	0,01
Sudeste	96,5	0,4	9,8	4,0	98,2	0,9	0,09	0,05	0,93	0,01
Sul	94,9	0,8	8,5	7,5	97,4	1,2	0,08	0,08	0,90	0,02
Centro-Oeste	96,8	0,9	5,6	10,2	98,4	1,4	0,05	0,12	0,94	0,02
Localização do hospital										
Outros municípios	96,2	0,3	9,2	3,3	98,0	0,7	0,08	0,04	0,92	0,01
Capital ou região metropolitana	96,2	0,4	7,9	4,3	98,0	0,7	0,07	0,05	0,92	0,01
Tipo de financiamento do hospital										
SUS	96,3	0,4	6,6	4,1	98,1	0,6	0,06	0,05	0,93	0,01
Misto	96,4	0,4	9,1	3,9	98,1	0,8	0,08	0,05	0,93	0,01
Privado	95,1	0,7	12,0	6,8	97,5	1,5	0,11	0,08	0,90	0,01
Idade										
12-19 anos	96,7	0,5	0,8	6,0	98,3	0,6	0,00	0,06	0,93	0,01
20-34 anos	96,1	0,3	8,7	3,1	98,0	0,6	0,08	0,04	0,92	0,01
≥ 35 anos	95,9	0,8	18,3	8,2	97,9	2,8	0,17	0,10	0,92	0,02
Escolaridade										
< Ensino fundamental	95,8	0,5	5,3	5,1	97,8	0,6	0,05	0,05	0,92	0,01
Ensino fundamental completo	96,7	0,5	9,1	5,2	98,3	1,1	0,09	0,06	0,93	0,01
≥ Ensino médio completo	96,1	0,4	10,5	3,8	98,0	0,8	0,10	0,05	0,92	0,01
≥ Ensino superior completo	95,8	0,9	16,2	8,8	97,8	2,7	0,15	0,11	0,92	0,02
Score socioeconômico										
Classe D+E	96,4	0,5	4,3	5,4	98,2	0,6	0,04	0,06	0,93	0,01
Classe C	96,2	0,3	6,9	3,7	98,1	0,6	0,06	0,04	0,92	0,01
Classe A+B	95,9	0,5	15,2	5,4	97,9	1,6	0,14	0,07	0,92	0,01
Raça/ cor										
Branca	95,8	0,4	9,1	4,5	97,9	0,9	0,08	0,05	0,92	0,01
Preta	95,4	0,9	3,9	9,0	97,7	0,8	0,03	0,09	0,91	0,02
Parda	96,6	0,3	9,3	3,5	98,2	0,7	0,09	0,04	0,93	0,01
Amarela	93,1	3,1	12,4	25,9	96,4	4,9	0,12	0,27	0,86	0,06
Indígena	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paridade										
Primípara	96,1	0,4	5,4	3,8	98,0	0,5	0,05	0,04	0,92	0,01
1 a 2 partos anteriores	96,3	0,4	10,0	4,0	98,1	0,9	0,09	0,05	0,93	0,01
≥ 3 partos anteriores	95,7	0,8	16,4	8,3	97,8	2,5	0,15	0,10	0,91	0,02
Abortos anteriores										
0	96,3	0,3	6,9	2,9	98,1	0,5	0,06	0,03	0,93	0,01
1	95,5	0,7	16,3	7,3	97,7	2,1	0,15	0,09	0,91	0,01
≥ 2	95,5	1,4	10,2	14,4	97,7	2,9	0,09	0,16	0,91	0,03
Número de consultas no pré-natal										
Não fez	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1-3	95,2	0,9	9,3	8,9	97,5	1,6	0,09	0,10	0,90	0,02
4-5	96,8	0,5	8,5	6,3	98,4	0,0	0,08	0,08	0,94	0,01
6 ou mais	96,2	0,3	7,8	3,1	98,0	0,5	0,07	0,04	0,92	0,01
Trimestre que iniciou pré-natal										
Não fez	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Primeiro	96,0	0,3	9,9	3,0	98,0	0,6	0,09	0,04	0,92	0,01
Segundo	96,5	0,5	4,4	5,8	98,2	0,6	0,04	0,06	0,93	0,01
Terceiro	97,3	1,1	6,9	13,8	98,7	2,6	0,07	0,18	0,95	0,02

Continua

Tabela 13: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para placenta prévia. Pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Continuação

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%		K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Orientação sobre sinais de risco durante pré-natal										
Não fez	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Não	97,1	0,4	9,1	4,3	98,5	1,0	0,09	0,05	0,94	0,01
Sim	95,6	0,3	8,7	3,4	97,7	0,6	0,08	0,04	0,91	0,01
Fonte de pagamento do parto										
Pública	96,3	0,3	6,9	2,9	98,1	0,5	0,06	0,03	0,93	0,01
Privada	95,5	0,6	13,9	5,9	97,7	1,5	0,13	0,07	0,91	0,01
Tipo de parto										
Vaginal	96,8	0,3	4,5	3,8	98,4	0,4	0,04	0,04	0,94	0,01
Cesáreo	95,6	0,4	11,3	3,7	97,8	0,8	0,10	0,04	0,91	0,01

7.6. Prevalências e concordâncias para deslocamento prematuro de placenta

As prevalências de deslocamento prematuro de placenta quando estratificadas pelas características de interesse apresentaram maiores percentuais de acordo com o questionário. Para esse método, os valores ficaram entre 0,5% e 3,7%, já considerando o registro médico, entre 0,2% e 2,5% (Tabela 14).

No prontuário, as maiores prevalências de DPP estavam nos grupos de moradoras do Sudeste (1,2%), das capitais e regiões metropolitanas (1,1%), com 35 anos ou mais (1,4%), com ensino superior completo ou mais (1,4%), das classes D e E (1,1%), pretas (1,3%), com três ou mais partos anteriores (1,2%), com histórico de um aborto anterior (1,1%), que não fizeram pré-natal (2,5%), as que tiveram o parto financiado pela rede pública (1,2%) e em hospitais mistos (1,2%) e que tiveram parto cesáreo (1,6%) (Tabela 14).

Já segundo o questionário aplicado à puérpera, os maiores percentuais de DPP eram de moradoras do Centro-Oeste (2,9%), das capitais e regiões metropolitanas (2,4%), mais velhas (3,0%), com escolaridade inferior ao ensino fundamental (2,4%), da classe A e B (2,5%), brancas (2,6%), com três ou mais partos (2,7%) e dois ou mais abortos anteriores (3,7%), que compareceram à entre uma e três consultas de pré-natal (2,7%), que começaram o pré-natal no primeiro trimestre (2,5%), que receberam informações sobre sinais de risco (2,5%), que pagaram pelo próprio parto (2,3%) e o fizeram em hospital particular (2,5%), e cujo parto foi cesariana (2,5%) (Tabela 14).

Tabela 14: Prevalência de deslocamento prematuro de placenta segundo características maternas e do parto, histórico obstétrico e região geográfica. Pesquisa Nascido no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Prontuário				Questionário			
	n	%	IC (95%)		n	%	IC (95%)	
			Limite inferior	Limite superior			Limite inferior	Limite superior
Região								
Norte	17	0,7	0,4	1,3	43	1,9	1,4	2,6
Nordeste	57	0,5	0,5	1,3	136	1,6	1,6	2,6
Sudeste	124	1,2	0,9	1,7	235	2,3	1,8	3,1
Sul	33	1,1	0,7	1,8	68	2,3	1,7	3,0
Centro-Oeste	16	1,0	0,6	1,7	44	2,9	2,1	3,8
Localização da cidade								
Outros municípios	147	1,0	0,8	1,2	314	2,1	1,8	2,5
Capital ou região metropolitana	100	1,1	0,7	1,7	213	2,4	1,8	3,2
Tipo de financiamento do hospital								
SUS	106	1,1	0,8	1,5	220	2,3	1,7	3,0
Misto	123	1,2	0,9	1,6	219	2,1	1,7	2,6
Privado	18	0,5	0,3	0,8	88	2,5	1,9	3,2
Idade								
12-19 anos	42	0,9	0,6	1,4	70	1,6	1,2	2,1
20-34 anos	169	1,0	0,8	1,3	382	2,3	1,9	2,7
≥ 35 anos	36	1,4	1,0	2,1	73	3,0	2,3	3,8
Escolaridade								
< Ensino fundamental	73	1,2	0,9	1,5	147	2,4	1,8	3,2
Ensino fundamental completo	61	1,0	0,7	1,5	125	2,1	1,6	2,7
Ensino médio completo	83	0,9	0,6	1,2	202	2,2	1,8	2,7
≥ Ensino superior completo	29	1,4	0,9	2,1	49	2,3	1,7	3,3
Score socioeconômico								
Classe D+E	64	1,1	0,9	1,5	113	2,1	1,4	3,0
Classe C	126	1,0	0,8	1,4	269	2,2	1,8	2,6
Classe A+B	64	0,9	0,7	1,3	113	2,5	2,0	3,0
Raça/ cor								
Branca	98	1,2	0,9	1,6	212	2,6	2,0	3,4
Preta	27	1,3	0,7	2,5	40	2,0	1,1	3,7
Parda	118	0,9	0,7	1,2	270	2,0	1,8	2,4
Amarela	3	1,0	0,4	3,0	3	1,3	0,4	4,7
Indígena	0	0,2	0,0	1,7	1	1,1	0,1	7,7
Paridade								
Primípara	113	1,0	0,8	1,3	208	1,9	1,6	2,3
1 a 2 partos anteriores	104	1,0	0,8	1,3	252	2,5	2,0	3,1
≥ 3 partos anteriores	30	1,2	0,7	2,0	66	2,7	2,0	3,6
Abortos anteriores								
0	205	1,0	0,8	1,3	401	2,0	1,7	2,4
1	34	1,1	0,7	1,6	96	3,0	2,3	3,9
≥ 2	7	0,9	0,4	2,1	30	3,7	2,3	6,0
Número de consultas no pré-natal								
Não fez	7	2,5	0,5	11,6	1	0,5	0,1	3,7
1-3	32	1,5	1,0	2,3	55	2,7	1,4	5,1
4-5	52	1,3	0,9	1,8	94	2,3	1,8	2,9
6 ou mais	146	0,9	0,7	1,1	363	2,2	1,8	2,5
Trimestre que iniciou pré-natal								
Não fez	7	2,5	0,5	11,6	1	0,5	0,1	3,7
Primeiro	190	1,1	0,9	1,3	434	2,5	2,1	2,9
Segundo	42	0,9	0,6	1,3	78	1,6	1,3	2,1
Terceiro	6	0,7	0,3	1,5	10	1,2	0,7	2,1
Orientação sobre sinais de risco								
Não	75	0,8	0,6	1,1	157	1,8	1,5	2,2
Sim	163	1,1	0,9	1,4	363	2,5	2,1	3,1
Fonte de pagamento do parto								
Pública	220	1,2	0,9	1,4	418	2,2	1,9	2,7
Privada	26	0,5	0,4	0,8	108	2,3	1,8	2,8
Tipo de parto								
Vaginal	50	0,4	0,3	0,7	219	1,9	1,5	2,5
Cesáreo	197	1,6	1,3	1,9	307	2,5	2,2	2,9

Ao avaliar o diagnóstico de DPP considerando o prontuário e o autorrelato, as concordâncias geral e negativa foram altas, já a positiva variou de 0,0% a 31,4%, quando estratificada pelas características de interesse. Dessa última, os menores valores estavam na região Centro-Oeste (9,6%), nos hospitais privados (7,9%), nas mulheres de raça/cor indígena (0,0%), nas puérperas que não fizeram pré-natal (0,0%), nas que fizeram e não receberam orientações sobre riscos (7,5%), nas mulheres que pagaram pelo próprio parto (8,1%) e nas que tiveram parto vaginal (4,5%). A concordância segundo o Kappa ficou entre leve e razoável, com exceção no grupo de mulheres que não fez pré-natal, onde foi pobre. Já segundo o PABAK, essa foi quase perfeita para todas as estratificações (Tabela 15).

Tabela 15: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para deslocamento prematuro de placenta. Pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%	Erro padrão	K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Região										
Norte	97,7	0,6	14,2	8,4	98,8	2,9	0,13	0,12	0,95	0,01
Nordeste	97,6	0,4	16,0	4,9	98,8	1,8	0,15	0,07	0,95	0,01
Sudeste	97,0	0,3	17,0	4,0	98,5	1,3	0,16	0,05	0,94	0,01
Sul	97,5	0,6	25,2	7,4	98,7	3,6	0,24	0,11	0,95	0,01
Centro-Oeste	96,5	0,9	9,6	10,2	98,2	2,0	0,08	0,11	0,93	0,02
Localização do hospital										
Outros municípios	97,4	0,3	17,9	3,3	98,7	1,2	0,17	0,05	0,95	0,01
Capital ou região metropolitana	97,1	0,4	15,7	4,3	98,5	1,3	0,14	0,06	0,94	0,01
Tipo de financiamento do hospital										
SUS	97,2	0,3	15,3	4,1	98,6	1,3	0,14	0,06	0,94	0,01
Misto	97,4	0,3	21,5	3,9	98,7	1,7	0,20	0,06	0,95	0,01
Privado	97,3	0,5	7,9	6,7	98,6	1,3	0,07	0,08	0,95	0,01
Idade										
12-19 anos	97,9	0,4	16,5	5,9	98,9	2,2	0,15	0,09	0,96	0,01
20-34 anos	97,3	0,2	17,2	3,1	98,6	1,1	0,16	0,04	0,95	0,00
≥ 35 anos	96,3	0,7	16,5	8,1	98,1	2,3	0,15	0,10	0,93	0,01
Escolaridade										
< Ensino fundamental	97,1	0,4	17,0	5,1	98,5	1,7	0,16	0,07	0,94	0,01
Ensino fundamental completo	97,3	0,4	11,8	5,2	98,6	1,3	0,11	0,07	0,95	0,01
Ensino médio completo	97,5	0,3	17,7	4,2	98,7	1,6	0,17	0,06	0,95	0,01
≥ Ensino superior completo	97,3	0,7	27,7	8,8	98,6	4,3	0,26	0,13	0,95	0,01
Score socioeconômico										
Classe D+E	97,3	0,4	14,8	5,4	98,6	1,7	0,14	0,07	0,95	0,01
Classe C	97,4	0,3	19,2	3,6	98,7	1,4	0,18	0,05	0,95	0,01
Classe A+B	97,1	0,4	15,1	5,3	98,5	1,7	0,14	0,07	0,94	0,01
Raça/ cor										
Branca	97,0	0,4	22,7	4,5	98,5	1,9	0,21	0,06	0,94	0,01
Preta	97,5	0,7	26,1	8,9	98,7	4,2	0,25	0,14	0,95	0,01
Parda	97,4	0,3	10,7	3,5	98,7	0,9	0,10	0,04	0,95	0,01
Amarela	98,4	1,6	31,4	25,0	99,2	15,7	0,31	0,48	0,97	0,03
Indígena	98,7	2,3	0,0	40,3	99,3	0,7	0,00	0,26	0,97	0,05

Continua

Tabela 15: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para deslocamento prematuro de placenta. Pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Continuação

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%	Erro padrão	K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Paridade										
Primípara	97,5	0,3	14,5	3,8	98,7	1,2	0,13	0,05	0,95	0,01
1 a 2 partos anteriores	97,2	0,3	19,3	4,0	98,6	1,6	0,18	0,06	0,94	0,01
≥ 3 partos anteriores	96,7	0,7	17,1	8,2	98,3	2,6	0,16	0,11	0,93	0,01
Abortos anteriores										
0	97,5	0,2	18,5	2,9	98,7	1,1	0,17	0,04	0,95	0,00
1	96,4	0,6	10,4	7,1	98,2	1,5	0,09	0,08	0,93	0,01
≥ 2	96,1	1,3	15,2	14,3	98,0	4,1	0,14	0,17	0,92	0,03
Número de consultas no pré-natal										
Não fez	96,8	2,2	0,0	25,2	98,4	0,6	-0,01	0,17	0,94	0,04
1-3	96,4	0,8	12,0	8,9	98,2	1,9	0,10	0,10	0,93	0,02
4-5	97,0	0,5	16,0	6,3	98,5	0,0	0,15	0,08	0,94	0,01
6 ou mais	97,5	0,2	18,6	3,1	98,7	1,3	0,18	0,05	0,95	0,00
Trimestre que iniciou pré-natal										
Não fez	96,8	2,2	0,0	25,2	98,4	0,6	-0,01	0,17	0,94	0,04
Primeiro	97,1	0,2	18,3	3,0	98,5	1,1	0,17	0,04	0,94	0,00
Segundo	97,8	0,4	12,2	5,8	98,9	1,7	0,11	0,08	0,96	0,01
Terceiro	98,4	0,8	17,9	13,8	99,2	6,3	0,17	0,25	0,97	0,02
Orientação sobre sinais de risco durante pré-natal										
Não fez	96,8	2,2	0,0	25,2	98,4	0,6	-0,01	0,17	0,94	0,04
Não	97,5	0,3	7,5	4,3	98,8	0,8	0,06	0,05	0,95	0,01
Sim	97,2	0,3	21,7	3,3	98,6	1,4	0,20	0,05	0,94	0,01
Fonte de pagamento do parto										
Pública	97,3	0,2	18,9	2,9	98,6	1,1	0,18	0,04	0,95	0,00
Privada	97,4	0,5	8,1	5,8	98,7	1,2	0,07	0,07	0,95	0,01
Tipo de parto										
Vaginal	97,7	0,3	4,5	3,7	98,9	0,5	0,04	0,04	0,95	0,01
Cesáreo	96,9	0,3	23,7	3,6	98,4	1,4	0,22	0,05	0,94	0,01

7.7. Prevalências e concordâncias para amniorrexe prematura

Diferentemente das outras intercorrências em estudo, as prevalências de amniorrexe prematura coletadas dos registros médicos são, na maioria das vezes, maiores que as do questionário apresentado à puérpera. Enquanto no prontuário os percentuais variam de 6,9 a 17,0%, com o autorrelato esses valores vão de 4,2 a 12,7%. A amniorrexe prematura é mais prevalente nas capitais e regiões metropolitanas, em mulheres que tiveram o parto financiado pelo SUS, com histórico de dois ou mais abortos, que tiveram entre uma e três consultas de pré-natal e orientações sobre sinais de risco, segundo os dois métodos de coleta de dados (Tabela 16).

Em se tratando das regiões brasileiras, as maiores frequências, segundo prontuário, foram encontradas no Sudeste (12,7%) e Sul (12,3%) e, segundo questionário, no Norte (7,3%) e Centro-Oeste (7,2%). Mulheres que, de acordo com o registro médico, apresentaram maiores percentuais de amniorrexe prematura tinham 35 anos ou mais (12,9%), ensino médio completo (12,9%) e pertenciam à classe C (11,9%), além de serem amarelas (17,0%), primíparas (13,2%) e terem começado o pré-natal no primeiro trimestre (11,8%). Já no autorrelato, a prevalência dessa condição clínica foi maior entre puérperas de 12 a 19 anos (7,7%) e 35 anos ou mais (7,6%), com escolaridade abaixo do ensino fundamental (8,1%), das classes D e E (8,3%), indígenas (12,7%), com histórico de três ou mais partos (9,0%), que tiveram de uma a três consultas de pré-natal (10,6%) e cesariana (6,9%) (Tabela 16).

Tabela 16: Prevalência da amniorrexe prematura segundo características maternas e do parto, histórico obstétrico e região geográfica. Pesquisa Nascir no Brasil, 2011 - 2012.

Variáveis de interesse	Prontuário				Questionário			
	n	%	IC (95%)		n	%	IC (95%)	
			Limite inferior	Limite superior			Limite inferior	Limite superior
Região								
Norte	167	7,3	5,5	9,5	166	7,3	5,1	10,4
Nordeste	738	9,0	9,0	12,7	515	6,2	6,2	9,1
Sudeste	1286	12,7	11,2	14,2	562	5,5	4,6	6,6
Sul	366	12,3	10,3	14,5	205	6,9	5,7	8,4
Centro-Oeste	150	9,6	7,4	12,4	112	7,2	6,0	8,7
Localização da cidade								
Outros municípios	1517	10,2	9,1	11,3	936	6,3	5,7	7,0
Capital ou região metropolitana	1189	13,3	11,7	15,0	624	7,0	5,7	8,6
Tipo de financiamento do hospital								
SUS	1315	13,4	11,9	15,0	797	8,2	6,8	9,7
Misto	1024	9,7	8,5	11,2	610	5,8	5,1	6,6
Privado	368	10,4	8,3	12,9	153	4,3	3,6	5,2
Idade								
12-19 anos	450	9,8	8,6	11,3	350	7,7	6,5	9,1
20-34 anos	1932	11,5	10,5	12,5	1020	6,1	5,5	6,7
≥ 35 anos	324	12,9	11,1	14,9	190	7,6	6,2	9,3
Escolaridade								
< Ensino fundamental	606	9,6	8,3	11,1	508	8,1	6,9	9,6
Ensino fundamental completo	674	11,1	9,8	12,4	436	7,2	6,2	8,3
Ensino médio completo	1196	12,9	11,6	14,4	522	5,6	5,0	6,4
≥ Ensino superior completo	214	10,2	8,8	11,8	89	4,2	3,4	5,2
Score socioeconômico								
Classe D+E	579	10,3	8,5	12,5	463	8,3	7,1	9,8
Classe C	1460	11,9	10,9	12,9	763	6,2	5,5	7,0
Classe A+B	579	11,2	9,9	12,7	463	5,6	4,8	6,5

Continua

Tabela 16: Prevalência da amniorrexe prematura segundo características maternas e do parto, histórico obstétrico e região geográfica. Pesquisa Nascir no Brasil, 2011-2012.

Continuação

Variáveis de interesse	Prontuário				Questionário			
	n	%	IC (95%)		n	%	IC (95%)	
			Limite inferior	Limite superior			Limite inferior	Limite superior
Raça/ cor								
Branca	966	12,0	10,6	13,5	468	5,8	5,1	6,6
Preta	234	11,4	9,6	13,5	155	7,6	6,3	9,1
Parda	1449	10,8	9,9	11,8	907	6,8	6,0	7,8
Amarela	44	17,0	11,8	23,9	16	6,4	3,6	11,3
Indígena	12	12,5	5,6	25,7	12	12,7	6,0	24,7
Paridade								
Primípara	1477	13,2	12,0	14,5	757	6,8	6,0	7,6
1 a 2 partos anteriores	1021	10,0	9,0	11,1	581	5,7	5,0	6,5
≥ 3 partos anteriores	207	8,4	7,0	10,1	222	9,0	7,5	10,8
Abortos anteriores								
0	2273	11,4	10,5	12,5	1236	6,2	5,6	7,0
1	341	10,6	9,3	12,1	242	7,6	6,4	8,9
≥ 2	91	11,4	9,2	13,9	82	10,2	7,7	13,5
Número de consultas no pré-natal								
Não fez	28	9,9	5,9	16,2	25	9,5	5,5	15,9
1-3	287	13,5	9,7	18,5	222	10,6	8,6	12,8
4-5	463	11,3	9,8	13,0	342	8,4	7,2	9,7
6 ou mais	1854	11,0	10,0	12,0	939	5,6	5,0	6,2
Trimestre que iniciou pré-natal								
Não fez	28	9,9	5,9	16,2	25	9,5	5,5	15,9
Primeiro	2099	11,8	10,8	12,9	1128	6,4	5,7	7,1
Segundo	500	10,4	9,1	11,8	342	7,1	6,1	8,3
Terceiro	59	6,9	5,1	9,3	47	5,5	3,9	7,7
Orientação sobre sinais de risco								
Não	993	11,2	10,0	12,5	561	6,3	5,5	7,3
Sim	1659	11,4	10,3	12,6	962	6,6	6,0	7,3
Fonte de pagamento do parto								
Pública	2222	11,6	10,6	12,7	1334	7,0	6,2	7,9
Privada	484	10,2	8,5	12,1	226	4,8	4,1	5,5
Tipo de parto								
Vaginal	1304	11,3	10,0	12,8	710	6,2	5,5	7,0
Cesáreo	1402	11,3	10,3	12,4	850	6,9	6,2	7,7

Os percentuais de concordância geral e negativa estratificados pelas características de interesse foram altos, ficando entre 76,7% e 90,2%, e 86,8% e 94,8%, respectivamente, para a amniorrexe prematura. De forma oposta, os positivos foram baixos, sendo de 24,1% na região Norte, 24,5% no Nordeste, 25,9% no Centro-Oeste, 27,0% no Sudeste e 31,1% no Sul. Nas capitais e regiões metropolitanas esse valor foi de 26,7% e nos outros municípios de 26,4%. Ainda, a concordância positiva variou conforme o tipo de financiamento do hospital (misto - 24,7%; público - 26,9%; e privado - 30,5%) e da fonte de pagamento do parto (pública - 25,6% e privada - 30,9%). Da mesma forma que para o tipo de parto, onde foi de 22,2% no grupo de mulheres que tiveram parto vaginal e 30,3% no das que tiveram cesariana (Tabela 17).

As mulheres com idade entre 20 e 34 anos concordaram menos com o prontuário médico (24,7%) quando comparadas as pertencentes a faixa etária de 12 a 19 anos (28,0%) e com 35 anos ou mais (34,9%), em se tratando da presença da amniorrexe prematura. De forma gradual, a concordância positiva aumentou conforme a escolaridade da puérpera (<fundamental, 25,6%; fundamental completo, 26,3%; médio completo, 26,9%; e \geq superior, 27,1%) e sua classe social (D e E, 21,7%; C, 26,1%; e A e B, 31,9%). Para a raça/cor, esses percentuais foram de 0,0% no grupo de indígenas, 25,1% no de pretas, 26,3% no de pardas, 27,3% no de brancas e 33,0% no de amarelas (Tabela 17).

A concordância positiva estratificada pelo histórico obstétrico foi de 27,6% no grupo de primíparas, 24,3% no que teve entre um e dois partos anteriores e 29,2% no de mulheres com três ou mais partos. Além disso, considerando os abortos sofridos, os percentuais aumentaram conforme o número de ocorrências, sendo de 24,7% em quem não sofreu nenhum, 27,0% em quem sofreu um e 31,9% em quem sofreu mais de um (Tabela 17).

No que diz respeito ao pré-natal, a concordância positiva no grupo de mulheres que não o fez foi de 28,1%, enquanto as que fizeram e tiveram entre uma e três, quatro e cinco ou mais de cinco consultas apresentaram valores de 32,8%, 28,2% e 24,9%, respectivamente. Ademais, quem iniciou o pré-natal no primeiro trimestre teve maior percentual (26,8%) comparado com quem iniciou no segundo (25,9%) ou terceiro (21,6%). Por fim, esse valor foi de 26,8% para quem recebeu informações sobre sinais de risco durante a gravidez, diferente de quem não recebeu (26,1%) (Tabela 17).

Os valores do Kappa ficaram entre 0,14 e 0,28, indicando um nível de concordância leve ou razoável entre o questionário e o prontuário, com exceção do encontrado no grupo de puérperas indígenas, cujo valor foi de -0,13 (concordância pobre). Considerando o PABAK, a concordância para quase todos os grupos ficou entre 0,69 e 0,80 classificada, portanto, em substancial. Da mesma forma, para as mulheres indígenas, esse valor foi de 0,53 (concordância moderada) (Tabela 17).

Tabela 17: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para amniorrexe prematura. Pesquisa Nascir no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%	Erro padrão	K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Região										
Norte	88,9	1,3	24,1	9,2	94,0	1,7	0,18	0,06	0,78	0,03
Nordeste	86,3	0,8	24,5	5,4	92,4	0,9	0,17	0,03	0,73	0,02
Sudeste	86,7	0,7	27,0	4,5	92,7	0,7	0,21	0,03	0,73	0,01
Sul	86,8	1,2	31,1	8,4	92,7	1,3	0,24	0,05	0,74	0,02
Centro-Oeste	87,6	1,6	25,9	11,3	93,2	1,9	0,19	0,08	0,75	0,03
Localização do hospital										
Outros municípios	87,9	0,5	26,4	3,7	93,4	0,6	0,20	0,02	0,76	0,01
Capital ou região metropolitana	85,2	0,7	26,7	4,9	91,8	0,8	0,19	0,03	0,70	0,01
Tipo de financiamento do hospital										
SUS	84,3	0,7	26,9	4,7	91,2	0,8	0,19	0,03	0,69	0,01
Misto	88,3	0,6	24,7	4,3	93,7	0,7	0,19	0,03	0,77	0,01
Privado	89,8	1,0	30,5	7,4	94,5	1,1	0,26	0,06	0,80	0,02
Idade										
12-19 anos	87,4	1,0	28,0	6,7	93,1	1,1	0,21	0,04	0,75	0,02
20-34 anos	86,7	0,5	24,7	3,5	92,7	0,5	0,18	0,02	0,73	0,01
≥ 35 anos	86,6	1,3	34,9	9,4	92,6	1,5	0,28	0,06	0,73	0,03
Escolaridade										
< Ensino fundamental	86,8	0,8	25,6	5,7	92,8	1,0	0,18	0,04	0,74	0,02
Ensino fundamental completo	86,5	0,9	26,3	5,8	92,6	0,9	0,19	0,04	0,73	0,02
Ensino médio completo	86,5	0,7	26,9	4,7	92,5	0,7	0,21	0,03	0,73	0,01
≥ Ensino superior completo	89,5	1,3	27,1	9,5	94,3	1,4	0,22	0,07	0,79	0,03
Score socioeconômico										
Classe D+E	85,4	0,9	21,7	6,0	91,9	1,0	0,14	0,04	0,71	0,02
Classe C	86,6	0,6	26,1	4,1	92,7	0,6	0,20	0,03	0,73	0,01
Classe A+B	88,6	0,8	31,9	5,9	93,8	0,9	0,26	0,04	0,77	0,02
Raça/ cor										
Branca	87,1	0,7	27,3	5,0	92,9	0,8	0,21	0,03	0,74	0,01
Preta	85,7	1,5	25,1	10,0	92,1	1,6	0,18	0,06	0,71	0,03
Parda	87,0	0,6	26,3	3,9	92,9	0,6	0,20	0,03	0,74	0,01
Amarela	84,5	4,5	33,0	30,2	91,2	4,3	0,26	0,18	0,69	0,09
Indígena	76,7	8,4	0,0	44,7	86,8	52,6	-0,13	0,07	0,53	0,17
Paridade										
Primípara	85,6	0,7	27,6	4,3	92,0	0,7	0,20	0,03	0,71	0,01
1 a 2 partos anteriores	88,1	0,6	24,3	4,4	93,5	0,7	0,18	0,03	0,76	0,01
≥ 3 partos anteriores	87,7	1,3	29,2	9,1	93,2	1,7	0,22	0,06	0,75	0,03
Abortos anteriores										
0	87,0	0,5	26,2	3,2	92,8	0,5	0,20	0,02	0,74	0,01
1	86,7	1,2	27,0	8,0	92,7	1,3	0,20	0,05	0,73	0,02
≥ 2	85,3	2,5	31,9	16,7	91,7	2,9	0,24	0,10	0,71	0,05
Número de consultas no pré-natal										
Não fez	85,4	4,3	28,1	28,6	91,8	4,9	0,20	0,17	0,71	0,09
1-3	83,7	1,6	32,8	10,6	90,8	1,8	0,24	0,06	0,67	0,03
4-5	85,9	1,1	28,2	7,2	92,2	0,0	0,21	0,04	0,72	0,02
6 ou mais	87,6	0,5	24,9	3,4	93,2	0,5	0,19	0,02	0,75	0,01
Trimestre que iniciou pré-natal										
Não fez	85,4	4,3	28,1	28,6	91,8	4,9	0,20	0,17	0,71	0,09
Primeiro	86,7	0,5	26,8	3,4	92,7	0,5	0,20	0,02	0,73	0,01
Segundo	87,1	1,0	25,9	6,5	92,9	1,1	0,19	0,04	0,74	0,02
Terceiro	90,2	2,0	21,6	14,7	94,8	2,5	0,16	0,11	0,80	0,04

Continua

Tabela 17: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para amniorrexe prematura. Pesquisa Nascir no Brasil, 2011-2012.

Continuação

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%	Erro padrão	K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Orientação sobre sinais de risco durante pré-natal										
Não fez	85,4	4,3	28,1	28,6	91,8	4,9	0,20	0,17	0,71	0,09
Não	87,1	0,7	26,1	4,8	92,9	0,7	0,20	0,03	0,74	0,01
Sim	86,8	0,5	26,8	3,7	92,8	0,6	0,20	0,02	0,74	0,01
Fonte de pagamento do parto										
Pública	86,1	0,5	25,6	3,3	92,4	0,5	0,19	0,02	0,72	0,01
Privada	89,7	0,9	30,9	6,4	94,5	1,0	0,26	0,05	0,79	0,02
Tipo de parto										
Vaginal	86,3	0,6	22,2	4,2	92,5	0,7	0,15	0,03	0,73	0,01
Cesáreo	87,3	0,6	30,3	4,1	93,0	0,7	0,24	0,03	0,75	0,01

7.8. Prevalências e concordâncias para diabetes gestacional

A diabetes gestacional foi mais prevalente, de acordo com os dois instrumentos de coleta de dados, entre as mulheres do Sul, das capitais e regiões metropolitanas, com 35 anos ou mais, com maior escolaridade, da classe econômica alta (A e B), com três ou mais partos anteriores, que começaram o pré-natal no primeiro trimestre, que compareceram a seis ou mais consultas e receberam orientações sobre sinais de risco, além das que tiveram o parto em hospitais privados e fizeram cesariana (Tabela 18).

As diferenças entre prontuário e questionário estão na prevalência de diabetes gestacional estratificada por raça/cor e histórico obstétrico, onde a maior prevalência de diabetes gestacional foi encontrada entre as mulheres pretas (2,9%) e com histórico de um aborto anterior (3,1%), segundo registro médico; e no grupo de puérperas da raça/cor amarela (6,4%) e nas que sofreram dois ou mais abortos anteriormente (6,5%), de acordo com o autorrelato (Tabela 18).

Tabela 18: Prevalência de diabetes gestacional segundo características maternas e do parto, histórico obstétrico e região geográfica. Pesquisa Nascir no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Prontuário				Questionário			
	n	%	IC (95%)		n	%	IC (95%)	
			Limite inferior	Limite superior			Limite inferior	Limite superior
Região								
Norte	25	1,1	0,5	2,2	72	3,2	1,6	6,2
Nordeste	113	1,1	1,1	2,5	207	2,3	2,3	4,0
Sudeste	217	2,1	1,7	2,7	414	4,1	3,5	4,8
Sul	86	2,9	2,1	4,0	168	5,7	4,5	7,1
Centro-Oeste	38	2,4	1,5	4,0	59	3,8	2,9	5,1
Localização da cidade								
Outros municípios	220	1,5	1,2	1,9	490	3,3	2,8	3,8
Capital ou região metropolitana	259	2,9	2,3	3,7	431	4,8	4,0	5,8
Tipo de financiamento do hospital								
SUS	193	2,0	1,5	2,6	371	3,8	3,1	4,6
Misto	165	1,6	1,2	2,0	359	3,4	2,9	4,1
Privado	121	3,4	2,3	4,9	191	5,4	4,1	7,1
Idade								
12-19 anos	30	0,6	0,4	1,0	100	2,2	1,6	3,0
20-34 anos	321	1,9	1,6	2,3	613	3,7	3,2	4,2
≥ 35 anos	129	5,1	4,2	6,3	209	8,3	7,2	9,6
Escolaridade								
< Ensino fundamental	107	1,7	1,3	2,2	229	3,6	3,0	4,4
Ensino fundamental completo	90	1,5	1,2	1,9	207	3,4	2,9	4,1
Ensino médio completo	211	2,3	1,8	2,8	374	4,0	3,5	4,7
≥ Ensino superior completo	70	3,3	1,9	5,8	111	5,3	3,6	7,7
Score socioeconômico								
Classe D+E	67	1,2	0,9	1,6	157	2,8	2,4	3,3
Classe C	213	1,7	1,4	2,2	457	3,7	3,1	4,4
Classe A+B	67	3,3	2,7	4,2	157	5,2	4,4	6,1
Raça/ cor								
Branca	196	2,4	2,0	3,0	386	4,8	4,1	5,6
Preta	60	2,9	2,2	4,0	99	4,8	3,8	6,2
Parda	216	1,6	1,2	2,1	417	3,1	2,7	3,7
Amarela	5	2,1	0,7	6,4	16	6,4	3,6	11,4
Indígena	1	1,1	0,1	7,4	2	2,5	0,6	9,9
Paridade								
Primípara	182	1,6	1,3	2,1	368	3,3	2,8	3,9
1 a 2 partos anteriores	235	2,3	1,9	2,8	438	4,3	3,7	5,0
≥ 3 partos anteriores	62	2,5	1,7	3,7	115	4,7	3,7	6,0
Abortos anteriores								
0	358	1,8	1,5	2,2	702	3,5	3,1	4,1
1	98	3,1	2,3	4,0	167	5,2	4,3	6,3
≥ 2	22	2,8	1,7	4,6	52	6,5	4,7	8,9
Número de consultas no pré-natal								
Não fez	2	0,8	0,1	5,3	0	0,0	0,0	0,0
1-3	12	0,6	0,3	1,1	52	2,5	1,8	3,4
4-5	51	1,2	0,9	1,8	114	2,8	2,1	3,7
6 ou mais	392	2,3	1,9	2,8	722	4,3	3,8	4,8
Trimestre que iniciou pré-natal								
Não fez	2	0,8	0,1	5,3	0	0,0	0,0	0,0
Primeiro	386	2,2	1,8	2,6	730	4,1	3,6	4,7
Segundo	69	1,4	1,0	2,1	162	3,4	2,8	4,1
Terceiro	16	1,9	1,0	3,6	25	3,0	1,7	5,1
Orientação sobre sinais de risco								
Não	142	1,6	1,2	2,2	279	3,2	2,5	3,9
Sim	330	2,3	1,9	2,7	629	4,3	3,9	4,8
Fonte de pagamento do parto								
Pública	331	1,7	1,4	2,1	675	3,5	3,1	4,1
Privada	148	3,1	2,3	4,2	246	5,2	4,1	6,4
Tipo de parto								
Vaginal	113	1,0	0,8	1,3	310	2,7	2,3	3,2
Cesáreo	365	2,9	2,4	3,6	612	4,9	4,3	5,7

As concordâncias geral e negativa para o diagnóstico de diabetes gestacional ficaram acima de 94,0%, já a positiva apresentou maior variabilidade, quando estratificadas pelas características de interesse. Assim, entre as regiões brasileiras, a Norte se destacou apresentando menor concordância positiva (32,9%), seguida pelo Sudeste (49,6%), Nordeste (50,6%), Centro-Oeste (53,8%) e Sul (58,9%). Nesse contexto, nas capitais e regiões metropolitanas, a presença da diabetes gestacional foi confirmada pelo autorrelato e prontuário em 57,6% dos casos, enquanto nos outros municípios em 43,8% (Tabela 19).

Nos hospitais privados, a concordância positiva foi de 62,2%, nos mistos de 43,2% e nos públicos de 51,2%. Nessa linha, os partos cuja fonte de pagamento foi privada apresentaram maiores percentuais (60,3%), comparados aos com financiamento público (46,9%). Ainda, as mulheres que tiveram partos cesáreos concordaram em 56,9% dos casos, e as que tiveram normal em 36,1% (Tabela 19).

O percentual de concordância positiva aumentou conforme a faixa etária, sendo de 8,5% nas idades entre 12 e 19 anos, 52,7% nas entre 20 e 34 anos e 61,0% nas com mais de 34 anos. Da mesma forma, aumentou conforme os níveis de escolaridade, sendo de 44,0% nas com menos que ensino fundamental, 45,0% nas com ensino fundamental completo, 53,7% nas com ensino médio completo e 62,0% nas com ensino superior completo ou mais. Ainda, seguiu o mesmo padrão com relação, à classe social: 42,6% nas classes D e E, 45,0% na classe C e 61,3% nas classes A e B. Na raça/cor, esse valor foi de 49,3% nos grupos de pardas e pretas, 50,0% no de amarelas, 52,4% no de brancas e 60,6% nas indígenas (Tabela 19).

Em se tratando do histórico obstétrico, as primíparas apresentaram menor concordância positiva (43,2%), seguidas pelas puérperas com um ou dois (53,9%) e três ou mais partos anteriores (61,6%). Além disso, mulheres sem histórico de aborto apresentaram o percentual de 49,0%, com um aborto anterior, 56,8% e com mais de um, 52,7% (Tabela 19).

Puérperas que compareceram as consultas de pré-natal mais frequentemente tiveram maior concordância positiva, sendo os valores de 22,7%, 35,4% e 53,8% para entre uma e três, quatro e cinco ou seis ou mais consultas, respectivamente. Nesse contexto, quem iniciou a assistência de pré-natal no primeiro, segundo e terceiro trimestre apresentou concordância positiva de 50,2%, 49,0% e 63,5%, na devida ordem. Ainda, mulheres que receberam orientação sobre sinais de risco apresentaram maior percentual (53,7%), comparado a quem não recebeu (45,4%) (Tabela 19).

Segundo o Kappa, as regiões brasileiras foram classificadas como tendo concordância moderada, com exceção da Norte onde foi razoável. Na estratificação por localização das cidades, a concordância encontrada foi moderada para as duas divisões. Os hospitais privados apresentaram concordância substancial, já os mistos e públicos, moderada (Tabela 19).

Considerando as divisões segundo as características socioeconômicas e demográficas, as puérperas mais novas (12 a 19 anos) apresentaram concordância leve, já as outras, moderada. Os grupos de escolaridade, classe social e raça/cor também concordaram moderadamente. Na mesma linha, as primíparas e as mulheres com partos anteriores, e as sem e com histórico de aborto, além das que compareceram a seis ou mais consultas de pré-natal, o iniciaram no primeiro ou segundo trimestre, receberam ou não orientações sobre sinais de risco, as que pagaram ou não pelo próprio parto e tiveram cesariana. De forma oposta, as mulheres que compareceram a entre uma e cinco consultas de pré-natal possuíam concordância razoável, as que iniciaram o pré-natal no terceiro trimestre, substancial, e as com parto vaginal, razoável. Quando ajustados pela prevalência, os valores ficaram acima de 0,88, sendo classificados em concordância quase perfeita (Tabela 19).

Tabela 19: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para diabetes gestacional. Pesquisa Nascir no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%	Erro padrão	K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Região										
Norte	97,2	0,7	32,9	8,5	98,5	4,9	0,32	0,12	0,94	0,01
Nordeste	97,7	0,4	50,6	4,9	98,8	3,4	0,50	0,07	0,95	0,01
Sudeste	96,9	0,3	49,6	4,1	98,4	2,4	0,48	0,05	0,94	0,01
Sul	96,5	0,7	58,9	7,8	98,2	4,3	0,57	0,07	0,93	0,01
Centro-Oeste	97,1	0,8	53,8	10,6	98,5	6,2	0,52	0,12	0,94	0,02
Localização do hospital										
Outros municípios	97,3	0,3	43,8	3,4	98,6	2,2	0,43	0,05	0,95	0,01
Capital ou região metropolitana	96,7	0,4	57,6	4,5	98,3	2,5	0,56	0,05	0,93	0,01
Tipo de financiamento do hospital										
SUS	97,2	0,3	51,2	4,2	98,6	2,6	0,50	0,05	0,94	0,01
Misto	97,2	0,3	43,2	4,0	98,5	2,5	0,42	0,05	0,94	0,01
Privado	96,7	0,6	62,2	7,2	98,3	3,7	0,61	0,07	0,93	0,01
Idade										
12-19 anos	97,4	0,5	8,5	5,9	98,7	1,2	0,08	0,07	0,95	0,01
20-34 anos	97,4	0,2	52,7	3,2	98,6	2,1	0,52	0,04	0,95	0,00
≥ 35 anos	94,7	0,9	61,0	9,1	97,2	3,6	0,58	0,06	0,89	0,02

Continua

Tabela 19: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para diabetes gestacional. Pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Continuação

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%	Erro padrão	K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Escolaridade										
< Ensino fundamental	97,0	0,4	44,0	5,2	98,5	3,2	0,43	0,07	0,94	0,01
Ensino fundamental completo	97,3	0,4	45,0	5,3	98,6	3,5	0,44	0,07	0,95	0,01
Ensino médio completo	97,1	0,3	53,7	4,3	98,5	2,6	0,52	0,05	0,94	0,01
≥ Ensino superior completo	96,7	0,8	62,0	9,3	98,3	4,9	0,60	0,09	0,93	0,02
Score socioeconômico										
Classe D+E	97,7	0,4	42,6	5,4	98,8	3,9	0,42	0,08	0,95	0,01
Classe C	97,0	0,3	45,0	3,7	98,5	2,3	0,44	0,05	0,94	0,01
Classe A+B	96,7	0,5	61,3	5,6	98,3	2,9	0,60	0,05	0,93	0,01
Raça/ cor										
Branca	96,6	0,4	52,4	4,7	98,2	2,7	0,51	0,05	0,93	0,01
Preta	96,0	0,8	49,3	9,3	97,9	4,6	0,47	0,10	0,92	0,02
Parda	97,6	0,3	49,3	3,5	98,8	2,4	0,48	0,05	0,95	0,01
Amarela	95,7	2,5	50,0	26,6	97,8	14,5	0,48	0,26	0,91	0,05
Indígena	98,6	2,3	60,6	41,2	99,3	39,8	0,60	0,62	0,97	0,05
Paridade										
Primípara	97,2	0,3	43,2	3,9	98,6	2,4	0,42	0,05	0,94	0,01
1 a 2 partos anteriores	96,9	0,3	53,9	4,1	98,4	2,5	0,52	0,05	0,94	0,01
≥ 3 partos anteriores	97,2	0,6	61,6	8,5	98,6	5,2	0,60	0,09	0,94	0,01
Abortos anteriores										
0	97,3	0,2	49,0	2,9	98,6	1,9	0,48	0,04	0,95	0,00
1	96,4	0,6	56,8	7,5	98,1	4,0	0,55	0,07	0,93	0,01
≥ 2	95,6	1,4	52,7	15,1	97,7	7,7	0,51	0,14	0,91	0,03
Número de consultas no pré-natal										
Não fez	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1-3	97,7	0,6	22,7	8,7	98,8	4,6	0,22	0,14	0,95	0,01
4-5	97,4	0,5	35,4	6,3	98,7	0,0	0,34	0,10	0,95	0,01
6 ou mais	97,0	0,3	53,8	3,2	98,4	1,9	0,52	0,04	0,94	0,01
Trimestre que iniciou pré-natal										
Não fez	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Primeiro	96,9	0,3	50,2	3,1	98,4	1,8	0,49	0,04	0,94	0,01
Segundo	97,5	0,4	49,0	5,9	98,7	4,2	0,48	0,08	0,95	0,01
Terceiro	98,2	0,9	63,5	14,3	99,1	10,2	0,63	0,17	0,96	0,02
Orientação sobre sinais de risco durante pré-natal										
Não fez	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Não	97,4	0,3	45,4	4,3	98,7	2,8	0,44	0,06	0,95	0,01
Sim	96,9	0,3	53,7	3,5	98,4	2,1	0,52	0,04	0,94	0,01
Fonte de pagamento do parto										
Pública	97,2	0,2	46,9	3,0	98,6	1,9	0,46	0,04	0,94	0,00
Privada	96,7	0,5	60,3	6,2	98,3	3,3	0,59	0,06	0,93	0,01
Tipo de parto										
Vaginal	97,6	0,3	36,1	3,8	98,8	2,5	0,35	0,06	0,95	0,01
Cesáreo	96,6	0,3	56,9	3,8	98,2	2,1	0,55	0,04	0,93	0,01

7.9. Prevalências e concordâncias para síndromes hipertensivas

As puérperas do Sudeste e Centro-Oeste tiveram prevalência de síndromes hipertensivas de 11,2% e 10,8%, respectivamente, destacando-se entre as regiões brasileiras. Nas capitais e regiões metropolitanas, o percentual de mulheres que tiveram essa intercorrência foi de 13,1%, enquanto nos outros municípios esse valor foi de 8,6%. Ainda, puérperas que realizaram o parto em hospitais financiados pelo SUS apresentaram maior prevalência das síndromes (11,9%), bem como as de 35 anos ou mais (17,9%); com ensino médio completo ou mais (11,3%); pertencentes à classe C (10,9%); pretas (12,1%); com três ou mais partos anteriores (12,0%); com histórico de dois ou mais abortos (11,0%); que tiveram pré-natal adequado: iniciado no primeiro trimestre (10,6%), com seis ou mais consultas (10,7%), e acesso a orientações sobre sinais de risco (11,2%); e parto cesáreo (15,0%) (prontuário) (Tabela 20).

Considerando o autorrelato, as prevalências das síndromes hipertensivas tiveram pouca variação entre as regiões, tendo Sul e Centro-Oeste os maiores valores, ambos de 16,4%. Nesse contexto, as frequências de SH foram maiores em mulheres que residiam nas capitais e regiões metropolitanas (18,6%), que tiveram o parto financiado (16,9%) e em hospitais do SUS (18,6%), com 35 ou mais anos (25,0%), nível educacional menor que fundamental (17,6%), da classe C (17,3%), pretas (22,0%), com três ou mais partos anteriores (20,4%), com dois ou mais abortos (21,6%), que começaram o pré-natal no terceiro trimestre (18,0%) e tiveram de quatro a cinco (16,4%) ou 6 ou mais consultas (16,7%), receberam informações sobre sinais de risco (17,2%) e fizeram cesariana (20,8%) (Tabela 20).

Tabela 20: Prevalência de síndromes hipertensivas na gravidez segundo características maternas e do parto, histórico obstétrico e região geográfica. Pesquisa Nascir no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Prontuário				Questionário			
	n	%	IC (95%)		n	%	IC (95%)	
			Limite inferior	Limite superior			Limite inferior	Limite superior
Região								
Norte	181	7,9	5,2	11,8	366	16,0	12,5	20,3
Nordeste	690	7,6	7,6	13,1	1209	15,3	15,3	20,1
Sudeste	1134	11,2	10,0	12,4	1603	15,8	14,7	17,0
Sul	287	9,6	8,4	10,9	488	16,4	14,9	18,0
Centro-Oeste	168	10,8	7,7	15,0	254	16,4	13,2	20,1
Localização da cidade								
Outros municípios	1280	8,6	7,7	9,6	2252	15,1	14,2	16,2
Capital ou região metropolitana	1179	13,1	11,0	15,6	1668	18,6	16,7	20,8
Tipo de financiamento do hospital								
SUS	1175	11,9	10,1	14,1	1821	18,6	16,6	20,8
Misto	932	8,9	7,6	10,3	1596	15,2	14,3	16,2
Privado	353	10,0	8,8	11,2	503	14,2	12,9	15,6
Idade								
12-19 anos	320	7,0	5,7	8,6	566	12,5	11,1	14,0
20-34 anos	1690	10,1	9,1	11,1	2727	16,3	15,3	17,3
≥ 35 anos	448	17,9	15,7	20,2	626	25,0	22,8	27,4
Escolaridade								
< Ensino fundamental	611	9,7	8,1	11,5	1108	17,6	16,0	19,4
Ensino fundamental completo	590	9,7	8,5	11,1	1013	16,7	15,2	18,3
Ensino médio completo	1048	11,3	10,3	12,4	1488	16,1	14,9	17,3
≥ Ensino superior completo	195	9,3	8,0	10,7	300	14,3	12,2	16,7
Score socioeconômico								
Classe D+E	492	8,8	7,1	10,9	883	15,8	13,9	18,0
Classe C	1348	10,9	9,8	12,2	2129	17,3	16,2	18,5
Classe A+B	492	10,4	9,3	11,5	883	15,2	14,0	16,5
Raça/ cor								
Branca	834	10,3	9,2	11,5	1268	15,7	14,6	17,0
Preta	247	12,1	10,4	13,9	450	22,0	19,2	25,2
Parda	1352	10,1	8,9	11,4	2158	16,2	14,9	17,5
Amarela	21	8,3	5,1	13,3	31	12,0	8,5	16,6
Indígena	3	3,5	1,0	11,3	12	12,5	6,2	23,6
Paridade								
Primípara	1207	10,8	9,6	12,0	1831	16,4	15,2	17,6
1 a 2 partos anteriores	955	9,4	8,3	10,6	1587	15,6	14,4	16,8
≥ 3 partos anteriores	297	12,0	10,1	14,2	501	20,4	18,1	22,9
Abortos anteriores								
0	2021	10,2	9,2	11,2	3149	15,9	15,0	16,9
1	349	10,8	9,2	12,8	597	18,6	16,8	20,6
≥ 2	89	11,0	8,1	14,8	173	21,6	18,0	25,7
Número de consultas no pré-natal								
Não fez	19	6,6	3,8	11,2	32	12,2	8,4	17,3
1-3	148	7,0	5,2	9,3	316	15,0	12,4	18,1
4-5	422	10,3	8,4	12,5	673	16,4	14,5	18,4
6 ou mais	1803	10,7	9,7	11,7	2813	16,7	15,7	17,7
Trimestre que iniciou pré-natal								
Não fez	19	6,6	3,8	11,2	32	12,2	8,4	17,3
Primeiro	1884	10,6	9,6	11,7	2920	16,5	15,4	17,6
Segundo	445	9,2	7,9	10,9	788	16,4	14,9	18,1
Terceiro	81	9,5	7,2	12,5	152	18,0	13,9	22,9
Orientação sobre sinais de risco								
Não	778	8,8	7,6	10,1	1341	15,2	13,8	16,6
Sim	1633	11,2	10,1	12,4	2511	17,2	16,2	18,3
Fonte de pagamento do parto								
Pública	1974	10,3	9,1	11,7	3225	16,9	15,8	18,1
Privada	485	10,2	9,1	11,3	695	14,6	13,4	15,9
Tipo de parto								
Vaginal	603	5,2	4,5	6,1	1343	11,7	10,8	12,7
Cesáreo	1856	15,0	13,6	16,4	2576	20,8	19,6	22,2

A concordância positiva entre o prontuário e o questionário com relação a presença das síndromes hipertensivas, foi de 44,3% para o Norte, 53,2% para o Nordeste, 58,1% para o Centro-Oeste, 59,5% para o Sul e 65,9% para o Sudeste. Para as capitais e regiões metropolitanas foi de 65,7% e para as outras cidades de 53,5%. Para os hospitais de financiamento misto foi de 55,4%, já para os outros foi de 60,6% (público) e 64,0% (privado). Na mesma linha, os partos com financiamento privado tiveram concordância de 64,9%, e os públicos de 57,6%. Esses valores foram de 66,7% para o parto cesáreo e 41,3% para os normais (Tabela 21).

Em se tratando da idade, escolaridade e classe social, a concordância positiva foi gradual. Assim, nas faixas de 12 a 19, 20 a 34 e mais de 34 anos, os valores foram de 50,6%, 58,1% e 69,3%, respectivamente. Esses valores, para a escolaridade, começaram com 53,5% no ensino fundamental incompleto ou menos, seguindo para 54,3% no fundamental completo, 64,6% no ensino médio completo e atingindo 65,2% no ensino superior completo ou mais. Na mesma linha, a classe social iniciou com 51,4% (classe D e E), passando para 59,6% (classe C) e, por fim, 64,9% (classe A e B) (Tabela 21).

Mulheres da raça/cor indígena concordaram menos (43,7%), seguidas das amarelas (54,3%), pretas (54,9%), pardas (58,4%) e brancas (61,5%). A concordância positiva nas primíparas foi de 60,4%, nas com um ou dois partos anteriores, 58,3% e nas com mais de dois partos anteriores, 55,9%. Esse percentual para as puérperas que não tinham sofrido aborto anteriormente foi de 59,7%, para as que haviam sofrido um, 57,4% e, mais de um, 50,1%. No grupo de mulheres que não fizeram pré-natal a concordância positiva foi de 45,9%, a qual aumentou conforme o número de consultas frequentadas: um a três (51,4%), quatro a cinco (58,0%) e mais de cinco (59,8%). No mesmo contexto, puérperas que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre concordaram mais (60,2%), seguidas por aquelas que começaram no segundo (56,0%) e no terceiro (53,2%). Na mesma linha, quem recebeu orientações sobre sinais de risco concordou mais (61,3%), comparado com quem não recebeu (54,4%) (Tabela 21).

As concordâncias geral e negativa foram altas, já as medidas de acordo com o Kappa ficaram entre moderada e substancial. Como exceção, encontram-se a região Norte e o estrato do parto vaginal, ambos com concordância razoável. Considerando o ajuste pela prevalência, as concordâncias nos estratos ficaram entre substancial e quase perfeita (Tabela 21).

Tabela 21: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para síndromes hipertensivas na gravidez. Pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%	Erro padrão	K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Região										
Norte	86,7	1,4	44,3	10,4	92,4	2,4	0,38	0,06	0,73	0,03
Nordeste	87,1	0,8	53,2	6,5	92,5	1,4	0,46	0,03	0,74	0,02
Sudeste	90,8	0,6	65,9	5,6	94,7	1,2	0,61	0,02	0,82	0,01
Sul	89,4	1,1	59,5	9,9	93,9	2,3	0,54	0,05	0,79	0,02
Centro-Oeste	88,6	1,6	58,1	13,8	93,4	3,0	0,52	0,06	0,77	0,03
Localização do hospital										
Outros municípios	89,0	0,5	53,5	4,2	93,7	1,0	0,48	0,02	0,78	0,01
Capital ou região metropolitana	89,1	0,6	65,7	6,5	93,5	1,2	0,59	0,02	0,78	0,01
Tipo de financiamento do hospital										
SUS	87,9	0,6	60,6	5,9	92,9	1,2	0,54	0,02	0,76	0,01
Misto	89,2	0,6	55,4	5,0	93,9	1,2	0,50	0,03	0,78	0,01
Privado	91,3	0,9	64,0	8,9	95,0	2,1	0,59	0,04	0,83	0,02
Idade										
12-19 anos	90,4	0,9	50,6	7,1	94,7	2,0	0,46	0,04	0,81	0,02
20-34 anos	89,0	0,5	58,1	4,2	93,6	0,9	0,52	0,02	0,78	0,01
≥ 35 anos	86,8	1,3	69,3	16,5	91,6	2,0	0,61	0,04	0,74	0,03
Escolaridade										
< Ensino fundamental	87,3	0,8	53,5	6,8	92,6	1,5	0,47	0,03	0,75	0,02
Ensino fundamental completo	87,9	0,8	54,3	6,8	93,1	1,5	0,48	0,03	0,76	0,02
Ensino médio completo	90,3	0,6	64,6	5,8	94,4	1,2	0,59	0,02	0,81	0,01
≥ Ensino superior completo	91,8	1,2	65,2	11,5	95,4	2,9	0,61	0,05	0,84	0,02
Score socioeconômico										
Classe D+E	88,0	0,9	51,4	6,9	93,2	1,6	0,45	0,04	0,76	0,02
Classe C	88,6	0,6	59,6	5,0	93,3	1,1	0,53	0,02	0,77	0,01
Classe A+B	91,0	0,7	64,9	7,2	94,9	1,7	0,60	0,03	0,82	0,01
Raça/ cor										
Branca	90,0	0,7	61,5	6,0	94,2	1,4	0,56	0,03	0,80	0,01
Preta	84,6	1,6	54,9	13,3	90,7	2,4	0,47	0,05	0,69	0,03
Parda	89,1	0,5	58,4	4,7	93,7	1,1	0,52	0,02	0,78	0,01
Amarela	90,7	3,6	54,3	30,6	94,8	8,1	0,49	0,18	0,81	0,07
Indígena	91,0	5,6	43,7	45,8	95,1	15,4	0,40	0,33	0,82	0,11
Paridade										
Primípara	89,2	0,6	60,4	5,2	93,8	1,1	0,54	0,02	0,78	0,01
1 a 2 partos anteriores	89,6	0,6	58,3	5,2	94,1	1,3	0,53	0,03	0,79	0,01
≥ 3 partos anteriores	85,7	1,4	55,9	11,9	91,4	2,2	0,48	0,05	0,71	0,03
Abortos anteriores										
0	89,5	0,4	59,7	3,8	94,0	0,9	0,54	0,02	0,79	0,01
1	87,4	1,1	57,4	10,0	92,6	2,1	0,51	0,04	0,75	0,02
≥ 2	83,7	2,6	50,1	20,3	90,3	3,7	0,42	0,09	0,67	0,05
Número de consultas no pré-natal										
Não fez	89,5	3,7	45,9	29,3	94,2	7,7	0,41	0,18	0,79	0,07
1-3	89,3	1,3	51,4	10,8	94,0	2,9	0,46	0,06	0,79	0,03
4-5	88,8	1,0	58,0	8,4	93,5	0,0	0,52	0,04	0,78	0,02
6 ou mais	89,0	0,5	59,8	4,2	93,6	0,9	0,54	0,02	0,78	0,01
Trimestre que iniciou pré-natal										
Não fez	89,5	3,7	45,9	29,3	94,2	7,7	0,41	0,18	0,79	0,07
Primeiro	89,2	0,5	60,2	4,1	93,8	0,9	0,54	0,02	0,78	0,01
Segundo	88,7	0,9	56,0	7,6	93,5	1,8	0,50	0,04	0,77	0,02
Terceiro	87,1	2,3	53,2	18,5	92,5	4,0	0,46	0,09	0,74	0,05

Continua

Tabela 21: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para síndromes hipertensivas na gravidez. Pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Continuação

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%	Erro padrão	K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Orientação sobre sinais de risco durante pré-natal										
Não fez	89,5	3,7	45,9	29,3	94,2	7,7	0,41	0,18	0,79	0,07
Não	89,1	0,7	54,4	5,5	93,8	1,3	0,49	0,03	0,78	0,01
Sim	89,0	0,5	61,3	4,7	93,6	1,0	0,55	0,02	0,78	0,01
Fonte de pagamento do parto										
Pública	88,4	0,5	57,6	3,9	93,3	0,9	0,51	0,02	0,77	0,01
Privada	91,3	0,8	64,9	7,8	95,0	1,8	0,60	0,03	0,83	0,02
Tipo de parto										
Vaginal	90,0	0,5	41,3	4,3	94,6	1,2	0,37	0,03	0,80	0,01
Cesáreo	88,1	0,6	66,7	6,0	92,7	1,0	0,60	0,02	0,76	0,01

7.10. Prevalências e concordâncias para ameaça de parto prematuro

Um total de 4,8% das mulheres do Norte teve ameaça de parto prematuro, maior prevalência entre as regiões brasileiras, seguido pelo Sul com 4,6%. Nas capitais e cidades metropolitanas, esse percentual foi de 5,7%; em hospitais do SUS, de 5,1%; na faixa etária de 12 a 19 anos, de 5,3%; na escolaridade abaixo do ensino fundamental, de 5,2%; nas classes D e E, de 4,8%; na raça/cor amarela, de 6,3%; nas primíparas, de 5,0%; nas mulheres com histórico de um ou mais de um aborto, de 4,7 e 4,8% respectivamente; nas que não fizeram pré-natal, de 11,9%; nas que tiveram orientações sobre sinais de risco, de 4,4% e as que não tiveram, 4,3%; nas puérperas cujo parto foi pago pelo SUS, de 4,5%; e, por fim, nas que tiveram parto vaginal, de 4,6% (Tabela 22).

De forma oposta, de acordo com o questionário, as mulheres das regiões Centro-Oeste e Sul apresentaram as maiores prevalências, de 15,5 e 17,2%, respectivamente. Nessa linha, a frequência nos hospitais com financiamento privado (15,3%) foi maior que nos outros tipos (misto e SUS); a faixa etária de 20 a 34 anos sobressaiu, com 13,8%; as puérperas com ensino fundamental completo foram mais prevalentes (14,7%); assim como as pertencentes às classes A e B (15,7%); as indígenas (16,2%); as com mais de dois partos (15,4%); as que fizeram entre uma e três consultas de pré-natal (16,1%); as que não fizeram (14,4%) ou começaram o pré-natal no primeiro trimestre (14,3%); as que tiveram fonte privada de pagamento do parto (15,7%); e as que fizeram cesariana (15,4%) (Tabela 22).

Os dois métodos concordaram em relação ao grupo mais prevalente para as puérperas das capitais e regiões metropolitanas, as que sofreram abortos e as que tiveram orientação sobre sinais de risco (Tabela 22).

Tabela 22: Prevalências de ameaça de parto prematuro segundo características maternas e do parto, histórico obstétrico e região geográfica. Pesquisa Nascir no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Prontuário				Questionário			
	n	%	IC (95%)		n	%	IC (95%)	
			Limite inferior	Limite superior			Limite inferior	Limite superior
Região								
Norte	110	4,8	2,8	8,0	276	12,1	8,9	16,2
Nordeste	354	3,4	3,4	7,6	869	10,8	10,8	14,7
Sudeste	415	4,1	3,3	5,1	1356	13,4	12,2	14,7
Sul	137	4,6	3,6	5,9	512	17,2	15,6	19,0
Centro-Oeste	55	3,5	2,5	5,0	240	15,5	13,9	17,2
Localização da cidade								
Outros municípios	558	3,7	3,1	4,5	1982	13,3	12,5	14,2
Capital ou região metropolitana	512	5,7	4,2	7,7	1271	14,2	12,4	16,2
Tipo de financiamento do hospital								
SUS	505	5,1	4,0	6,6	1300	13,3	11,6	15,1
Misto	415	3,9	2,9	5,3	1411	13,5	12,5	14,4
Privado	150	4,2	2,9	6,2	543	15,3	13,5	17,4
Idade								
12-19 anos	243	5,3	4,2	6,7	593	13,0	11,6	14,6
20-34 anos	703	4,2	3,5	5,0	2321	13,8	12,9	14,8
≥ 35 anos	120	4,8	3,7	6,1	336	13,4	11,8	15,3
Escolaridade								
< Ensino fundamental	327	5,2	4,0	6,7	759	12,1	10,6	13,7
Ensino fundamental completo	270	4,4	3,6	5,5	893	14,7	13,3	16,2
Ensino médio completo	371	4,0	3,3	4,8	1288	13,9	12,8	15,2
≥ Ensino superior completo	95	4,5	3,2	6,4	300	14,3	12,8	15,8
Score socioeconômico								
Classe D+E	269	4,8	3,6	6,4	621	11,1	9,5	12,9
Classe C	558	4,5	3,7	5,5	1711	13,9	12,8	15,1
Classe A+B	269	4,1	3,3	5,1	621	15,7	14,6	16,8
Raça/ cor								
Branca	384	4,8	4,0	5,6	1193	14,8	13,7	15,9
Preta	82	4,0	2,7	5,8	243	11,9	9,8	14,2
Parda	585	4,4	3,5	5,4	1767	13,2	12,0	14,5
Amarela	16	6,3	3,6	10,9	33	12,7	8,8	18,0
Indígena	2	1,8	0,4	6,9	16	16,2	8,2	29,5
Paridade								
Primípara	565	5,0	4,2	6,1	1465	13,1	12,0	14,2
1 a 2 partos anteriores	387	3,8	3,1	4,7	1410	13,8	12,9	14,9
≥ 3 partos anteriores	118	4,8	3,6	6,2	378	15,4	13,3	17,7
Abortos anteriores								
0	881	4,4	3,7	5,3	2484	12,5	11,7	13,4
1	150	4,7	3,7	5,9	585	18,2	16,7	19,9
≥ 2	39	4,8	3,4	6,9	184	22,9	19,4	26,9
Número de consultas no pré-natal								
Não fez	34	11,9	7,5	18,3	38	14,4	9,5	21,4
1-3	181	8,5	6,7	10,8	341	16,1	13,5	19,2
4-5	287	7,0	5,4	8,9	594	14,5	12,9	16,3
6 ou mais	535	3,2	2,6	3,8	2187	13,0	12,2	13,8
Trimestre que iniciou pré-natal								
Não fez	34	11,9	7,5	18,3	38	14,4	9,5	21,4
Primeiro	759	4,3	3,5	5,2	2537	14,3	13,4	15,3
Segundo	228	4,7	3,7	6,1	588	12,2	10,8	13,8
Terceiro	30	3,5	2,3	5,4	68	8,0	6,2	10,2

Continua

Tabela 22: Prevalências de ameaça de parto prematuro segundo características maternas e do parto, histórico obstétrico e região geográfica. Pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Continuação

Variáveis de interesse	Prontuário				Questionário			
	n	%	IC (95%)		n	%	IC (95%)	
			Limite inferior	Limite superior			Limite inferior	Limite superior
Orientação sobre sinais de risco								
Não	380	4,3	3,5	5,2	1009	11,4	10,3	12,6
Sim	640	4,4	3,6	5,3	2186	15,0	14,1	16,0
Fonte de pagamento do parto								
Pública	867	4,5	3,7	5,5	2503	13,1	12,1	14,2
Privada	203	4,3	3,1	5,8	750	15,7	14,2	17,4
Tipo de parto								
Vaginal	524	4,6	3,7	5,6	1343	11,7	10,7	12,8
Cesáreo	546	4,4	3,6	5,4	1910	15,4	14,4	16,6

A concordância geral para o diagnóstico de ameaça de parto prematuro entre o prontuário e o questionário variou entre 78,2% e 91,6%, já a negativa entre 87,3% e 95,6%. As menores concordâncias positivas foram encontradas nos grupos da região Centro-Oeste (20,1%), de municípios que não são capitais nem regiões metropolitanas (24,8%), de hospitais com financiamento misto (24,4%), da faixa etária de 20 a 34 anos (24,2%), com ensino médio completo (21,9%), da classe C (26,0%), das raças/cor indígena (11,7%) e preta (19,9%), com histórico de um a dois partos (24,9%) e dois ou mais abortos anteriores (21,5%), com mais de cinco consultas de pré-natal (22,6%), começando no primeiro trimestre (26,1%) e recebendo orientações sobre sinais de risco (25,8%), de fonte de pagamento do parto pública (26,7%) e de parto cesáreo (25,4%) (Tabela 23).

Segundo a divisão do Kappa, as concordâncias encontradas foram leves e razoáveis. Já de acordo com o PABAK, foram substanciais, com exceção do grupo com histórico de dois ou mais abortos (0,56), cuja classificação foi moderada (Tabela 23).

Tabela 23: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para ameaça de parto prematuro. Pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%	Erro padrão	K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Região										
Norte	88,0	1,3	29,0	9,4	93,5	2,1	0,24	0,07	0,76	0,03
Nordeste	87,5	0,8	29,6	5,5	93,2	1,2	0,24	0,04	0,75	0,02
Sudeste	87,1	0,7	25,9	4,5	92,9	0,9	0,21	0,03	0,74	0,01
Sul	84,3	1,3	27,8	8,6	91,2	1,7	0,22	0,06	0,69	0,03
Centro-Oeste	84,8	1,8	20,1	11,4	91,6	2,0	0,15	0,08	0,70	0,04
Localização do hospital										
Outros municípios	87,2	0,5	24,8	3,7	93,0	0,8	0,20	0,03	0,74	0,01
Capital ou região metropolitana	86,2	0,7	30,5	4,9	92,3	1,0	0,24	0,03	0,72	0,01
Tipo de financiamento do hospital										
SUS	87,0	0,7	29,1	4,6	92,8	1,0	0,23	0,03	0,74	0,01
Misto	86,9	0,6	24,4	4,4	92,8	0,9	0,20	0,03	0,74	0,01
Privado	86,2	1,1	29,1	7,7	92,3	1,7	0,24	0,05	0,72	0,02
Idade										
12-19 anos	87,7	1,0	32,7	6,8	93,2	1,6	0,27	0,05	0,75	0,02
20-34 anos	86,3	0,5	24,2	3,5	92,5	0,7	0,19	0,02	0,73	0,01
≥ 35 anos	88,3	1,3	35,5	9,2	93,6	2,3	0,31	0,06	0,77	0,03
Escolaridade										
< Ensino fundamental	88,6	0,8	33,7	5,7	93,8	1,4	0,29	0,04	0,77	0,02
Ensino fundamental completo	86,2	0,9	27,9	5,9	92,4	1,2	0,23	0,04	0,72	0,02
Ensino médio completo	86,0	0,7	21,9	4,6	92,3	0,9	0,17	0,03	0,72	0,01
≥ Ensino superior completo	86,9	1,4	30,0	10,0	92,8	2,2	0,25	0,07	0,74	0,03
Score socioeconômico										
Classe D+E	89,1	0,8	31,1	6,0	94,1	1,5	0,26	0,04	0,78	0,02
Classe C	86,4	0,6	26,0	4,1	92,5	0,8	0,21	0,03	0,73	0,01
Classe A+B	85,5	0,9	26,7	6,0	91,9	1,2	0,22	0,04	0,71	0,02
Raça/ cor										
Branca	86,3	0,8	29,7	5,1	92,4	1,1	0,24	0,03	0,73	0,02
Preta	87,3	1,4	19,9	9,7	93,1	1,8	0,15	0,07	0,75	0,03
Parda	87,1	0,6	26,6	3,9	92,9	0,8	0,21	0,03	0,74	0,01
Amarela	86,0	4,2	26,5	28,4	92,3	5,5	0,20	0,18	0,72	0,08
Indígena	84,1	7,2	11,7	44,1	91,3	6,3	0,09	0,35	0,68	0,14
Paridade										
Primípara	87,2	0,6	29,2	4,3	93,0	0,9	0,24	0,03	0,74	0,01
1 a 2 partos anteriores	86,8	0,7	24,9	4,4	92,7	0,9	0,20	0,03	0,74	0,01
≥ 3 partos anteriores	85,3	1,4	26,9	9,3	91,8	1,8	0,21	0,06	0,71	0,03
Abortos anteriores										
0	87,8	0,5	28,1	3,2	93,3	0,7	0,23	0,02	0,76	0,01
1	82,8	1,3	24,5	8,2	90,3	1,5	0,19	0,05	0,66	0,03
≥ 2	78,2	2,9	21,5	17,0	87,3	3,0	0,15	0,11	0,56	0,06
Número de consultas no pré-natal										
Não fez	82,5	4,6	33,5	30,6	89,9	5,4	0,24	0,16	0,65	0,09
1-3	85,5	1,5	41,3	10,9	91,8	2,3	0,34	0,06	0,71	0,03
4-5	85,6	1,1	32,9	7,4	91,9	0,0	0,26	0,05	0,71	0,02
6 ou mais	87,5	0,5	22,6	3,4	93,2	0,7	0,18	0,03	0,75	0,01
Trimestre que iniciou pré-natal										
Não fez	82,5	4,6	33,5	30,6	89,9	5,4	0,24	0,16	0,65	0,09
Primeiro	86,3	0,5	26,1	3,4	92,4	0,7	0,21	0,02	0,73	0,01
Segundo	88,3	0,9	30,8	6,5	93,6	1,5	0,26	0,05	0,77	0,02
Terceiro	91,6	1,9	27,3	14,7	95,6	3,9	0,24	0,12	0,83	0,04

Continua

Tabela 23: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para ameaça de parto prematuro. Pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Continuação

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%	Erro padrão	K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Orientação sobre sinais de risco durante pré-natal										
Não fez	82,5	4,6	33,5	30,6	89,9	5,4	0,24	0,16	0,65	0,09
Não	88,9	0,7	29,1	4,7	94,0	1,1	0,24	0,03	0,78	0,01
Sim	85,6	0,6	25,8	3,8	92,0	0,7	0,20	0,03	0,71	0,01
Fonte de pagamento do parto										
Pública	87,1	0,5	26,7	3,3	92,9	0,7	0,21	0,02	0,74	0,01
Privada	85,7	1,0	28,5	6,7	92,1	1,4	0,23	0,05	0,71	0,02
Tipo de parto										
Vaginal	88,5	0,6	29,4	4,2	93,8	1,0	0,24	0,03	0,77	0,01
Cesáreo	85,2	0,6	25,4	4,1	91,8	0,8	0,20	0,03	0,70	0,01

7.11. Prevalências e concordâncias para sífilis na gestação

Os percentuais de sífilis no prontuário variaram de 0,1 a 2,3% quando estratificados pelas variáveis de interesse, já no autorrelato esses valores ficaram entre 0,4 e 2,2%. Como destaque estão as mulheres com menos que ensino fundamental (1,0%), pretas (1,3%) e amarelas (1,2%), com histórico de três ou mais partos (1,4%) e um aborto anterior (1,0%), que iniciaram o pré-natal no terceiro trimestre (2,3%) e tiveram entre uma e três consultas (1,7%), considerando o registro médico. Já de acordo com o questionário, os destaques foram as mulheres do Norte (1,0%), das capitais e regiões metropolitanas (1,0%), que tiveram parto em hospitais do SUS (1,1%), com 35 anos ou mais (1,2%), com menos que ensino fundamental (1,5%), pertencentes às classes D e E (1,3%), pretas (1,3%), amarelas (1,9%) e indígenas (1,9%), com mais de dois partos anteriores (2,0%) e dois ou mais abortos (2,2%) e que não fizeram pré-natal (1,8%) ou compareceram apenas de uma a três consultas (1,1%) (Tabela 24).

Tabela 24: Prevalência de sífilis na gravidez segundo características maternas e do parto, histórico obstétrico e região geográfica. Pesquisa Nascir no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Prontuário				Questionário			
	n	%	IC (95%)		n	%	IC (95%)	
			Limite inferior	Limite superior			Limite inferior	Limite superior
Região								
Norte	8	0,3	0,1	1,0	22	1,0	0,6	1,5
Nordeste	47	0,4	0,4	1,3	65	0,7	0,7	1,3
Sudeste	55	0,5	0,3	0,9	69	0,7	0,5	0,9
Sul	23	0,8	0,5	1,2	23	0,8	0,5	1,2
Centro-Oeste	6	0,4	0,1	1,3	13	0,8	0,4	1,5
Localização da cidade								
Outros municípios	75	0,5	0,3	0,7	104	0,7	0,6	0,9
Capital ou região metropolitana	64	0,7	0,4	1,2	89	1,0	0,8	1,3
Tipo de financiamento do hospital								
SUS	79	0,8	0,5	1,3	106	1,1	0,9	1,4
Misto	60	0,6	0,4	0,9	74	0,7	0,5	0,9
Privado	0	0,0	0,0	0,0	13	0,4	0,2	0,6
Idade								
12-19 anos	22	0,5	0,3	0,8	36	0,8	0,6	1,1
20-34 anos	100	0,6	0,4	0,9	128	0,8	0,6	1,0
≥ 35 anos	17	0,7	0,4	1,3	29	1,2	0,7	1,8
Escolaridade								
< Ensino fundamental	66	1,0	0,6	1,8	93	1,5	1,2	1,9
Ensino fundamental completo	36	0,6	0,4	0,9	49	0,8	0,6	1,1
Ensino médio completo	32	0,3	0,2	0,5	48	0,5	0,4	0,7
≥ Ensino superior completo	5	0,2	0,1	0,6	3	0,2	0,1	0,4
Score socioeconômico								
Classe D+E	46	0,8	0,5	1,4	71	1,3	1,0	1,8
Classe C	78	0,6	0,4	0,9	98	0,8	0,6	1,0
Classe A+B	46	0,2	0,1	0,5	71	0,4	0,2	0,7
Raça/ cor								
Branca	29	0,4	0,2	0,6	47	0,6	0,4	0,8
Preta	26	1,3	0,8	2,2	27	1,3	0,9	2,1
Parda	80	0,6	0,4	0,9	112	0,8	0,7	1,1
Amarela	3	1,2	0,2	7,9	5	1,9	0,5	6,9
Indígena	1	0,5	0,1	3,9	2	1,9	0,4	8,7
Paridade								
Primípara	50	0,4	0,3	0,6	70	0,6	0,5	0,8
1 a 2 partos anteriores	53	0,5	0,3	0,8	73	0,7	0,6	0,9
≥ 3 partos anteriores	35	1,4	0,7	2,7	49	2,0	1,4	2,9
Abortos anteriores								
0	101	0,5	0,4	0,7	147	0,7	0,6	0,9
1	31	1,0	0,5	1,9	28	0,9	0,6	1,3
≥ 2	6	0,8	0,3	2,0	18	2,2	1,2	4,2
Número de consultas no pré-natal								
Não fez	3	1,0	0,2	4,6	5	1,8	0,6	4,9
1-3	36	1,7	1,0	3,0	23	1,1	0,7	1,8
4-5	17	0,4	0,3	0,7	29	0,7	0,5	1,0
6 ou mais	81	0,5	0,3	0,7	132	0,8	0,6	1,0
Trimestre que iniciou pré-natal								
Não fez	3	1,0	0,2	4,6	5	1,8	0,6	4,9
Primeiro	82	0,5	0,3	0,6	142	0,8	0,7	1,0
Segundo	32	0,7	0,4	1,0	39	0,8	0,5	1,2
Terceiro	20	2,3	0,9	5,7	7	0,9	0,4	1,9
Orientação sobre sinais de risco								
Não	46	0,5	0,4	0,7	58	0,7	0,5	0,9
Sim	88	0,6	0,4	0,9	129	0,9	0,7	1,1
Fonte de pagamento do parto								
Pública	136	0,7	0,5	1,0	175	0,9	0,8	1,1
Privada	3	0,1	0,0	0,2	18	0,4	0,2	0,6
Tipo de parto								
Vaginal	77	0,7	0,4	1,0	101	0,9	0,7	1,1
Cesáreo	62	0,5	0,4	0,7	92	0,7	0,6	0,9

As concordâncias geral e negativa ficaram acima de 97,0%, para o diagnóstico de sífilis, entre o autorrelato e o registro médico. No Centro-Oeste, a concordância positiva foi de 18,4%, no Nordeste de 32,8%, no Sudeste de 36,2%, no Norte de 40,6% e no Sul de 54,0%. Ainda, nas capitais e regiões metropolitanas esses valores foram de 40,7% e nos outros municípios de 33,6%. Os hospitais privados concordaram com apenas 3,5%, os mistos, 26,3% e os públicos, 46,7% dos casos. Da mesma forma, a fonte privada de pagamento do parto apresentou concordância de 2,2%, enquanto os financiados pelo SUS, 39,2% (Tabela 25).

Com relação as faixas etárias, a concordância positiva foi gradual, sendo de 30,2% nas puérperas mais novas (12 a 19 anos), 37,1% nas com idade entre 20 e 34 anos e 44,3% nas mais velhas (35 anos ou mais). As mulheres com menor nível de escolaridade tiveram maior concordância positiva (43,7%), enquanto as outras, menor: 30,5% (ensino fundamental completo) e 30,7% dos casos (ensino médio completo ou mais). Na mesma linha, as classes D e E concordaram mais sobre a presença da doença (44,2%), comparadas as classes C (37,3%) e A e B (12,7%). Considerando a raça/cor, as concordâncias positivas foram maiores nas amarelas (75,7%), seguidas pelas pretas (54,6%), indígenas (44,4%), brancas (38,4%) e pardas (29,7%) (Tabela 25).

Com relação ao histórico obstétrico, as puérperas que tiveram mais de dois partos anteriores concordaram mais positivamente (39,1%), bem como as com um aborto anterior (40,8%). As mulheres que não fizeram pré-natal tiveram concordância de 68,4% (Tabela 25).

Segundo o Kappa, a maioria das concordâncias, quando estratificadas, ficaram entre razoável e moderada. Como exceção, com concordância leve, ficaram a região Centro-Oeste (0,18), hospitais particulares (0,03), classes A e B (0,12) e fonte de pagamento do parto privada (0,02). Já com concordância substancial ficaram as puérperas amarelas (0,75) e que não fizeram pré-natal (0,68). Nessa linha, quando ajustadas pela prevalência, as concordâncias estratificadas foram classificadas em quase perfeitas (Tabela 25).

Tabela 25: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para sífilis na gravidez. Pesquisa Nascir no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%	Erro padrão	K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Região										
Norte	99,2	0,4	40,6	8,4	99,6	10,6	0,40	0,22	0,98	0,01
Nordeste	98,9	0,2	32,8	4,8	99,4	3,9	0,32	0,11	0,98	0,00
Sudeste	99,2	0,2	36,2	3,9	99,6	4,0	0,36	0,11	0,98	0,00
Sul	99,3	0,3	54,0	7,3	99,6	7,6	0,54	0,18	0,99	0,01
Centro-Oeste	99,0	0,5	18,4	10,1	99,5	6,2	0,18	0,24	0,98	0,01
Localização do hospital										
Outros municípios	99,2	0,1	33,6	3,3	99,6	3,2	0,33	0,09	0,98	0,00
Capital ou região metropolitana	99,0	0,2	40,7	4,2	99,5	4,0	0,40	0,10	0,98	0,00
Tipo de financiamento do hospital										
SUS	99,0	0,2	46,7	4,0	99,5	3,9	0,46	0,09	0,98	0,00
Misto	99,1	0,2	26,3	3,9	99,5	2,9	0,26	0,10	0,98	0,00
Privado	99,6	0,2	3,5	6,6	99,8	1,9	0,03	0,15	0,99	0,00
Idade										
12-19 anos	99,1	0,3	30,2	5,9	99,5	5,3	0,30	0,16	0,98	0,01
20-34 anos	99,1	0,1	37,1	3,1	99,6	3,0	0,37	0,08	0,98	0,00
≥ 35 anos	99,0	0,4	44,3	8,0	99,5	8,2	0,44	0,18	0,98	0,01
Escolaridade										
< Ensino fundamental	98,6	0,3	43,7	5,1	99,3	4,1	0,43	0,10	0,97	0,01
Ensino fundamental completo	99,0	0,2	30,5	5,1	99,5	4,3	0,30	0,13	0,98	0,00
Ensino médio completo	99,4	0,2	33,7	4,1	99,7	4,8	0,33	0,13	0,99	0,00
≥ Ensino superior completo	99,6	0,3	0,0	8,6	99,8	0,2	0,00	0,01	0,99	0,01
Score socioeconômico										
Classe D+E	98,8	0,3	44,2	5,4	99,4	5,0	0,44	0,11	0,98	0,01
Classe C	99,1	0,2	37,3	3,6	99,5	3,3	0,37	0,09	0,98	0,00
Classe A+B	99,4	0,2	12,7	5,2	99,7	3,0	0,12	0,15	0,99	0,00
Raça/ cor										
Branca	99,4	0,2	38,4	4,4	99,7	5,7	0,38	0,14	0,99	0,00
Preta	98,8	0,5	54,6	8,9	99,4	7,3	0,54	0,16	0,98	0,01
Parda	99,0	0,2	29,7	3,4	99,5	2,8	0,29	0,08	0,98	0,00
Amarela	99,2	1,1	75,7	25,3	99,6	25,9	0,75	0,34	0,98	0,02
Indígena	98,6	2,3	44,4	40,4	99,3	41,2	0,44	0,78	0,97	0,05
Paridade										
Primípara	99,3	0,2	36,1	3,8	99,7	4,1	0,36	0,11	0,99	0,00
1 a 2 partos anteriores	99,2	0,2	36,1	3,9	99,6	4,0	0,36	0,11	0,98	0,00
≥ 3 partos anteriores	97,9	0,6	39,1	8,2	98,9	5,2	0,38	0,13	0,96	0,01
Abortos anteriores										
0	99,2	0,1	36,9	2,8	99,6	2,9	0,36	0,08	0,98	0,00
1	98,9	0,4	40,8	7,0	99,5	5,4	0,40	0,16	0,98	0,01
≥ 2	97,9	1,0	26,8	14,2	98,9	8,6	0,26	0,24	0,96	0,02
Número de consultas no pré-natal										
Não fez	99,1	1,2	68,4	25,5	99,5	24,8	0,68	0,39	0,98	0,02
1-3	98,4	0,5	43,8	8,8	99,2	4,8	0,43	0,16	0,97	0,01
4-5	99,3	0,3	34,5	6,2	99,6	0,1	0,34	0,18	0,99	0,01
6 ou mais	99,2	0,1	34,6	3,1	99,6	3,1	0,34	0,08	0,98	0,00
Trimestre que iniciou pré-natal										
Não fez	99,1	1,2	68,4	25,5	99,5	24,8	0,68	0,39	0,98	0,02
Primeiro	99,2	0,1	34,3	3,0	99,6	3,1	0,34	0,08	0,98	0,00
Segundo	99,1	0,3	39,4	5,8	99,5	5,4	0,39	0,14	0,98	0,01
Terceiro	98,3	0,9	44,6	14,0	99,1	4,1	0,44	0,24	0,97	0,02

Continua

Tabela 25: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para sífilis na gravidez. Pesquisa Nascir no Brasil, 2011-2012.

Continuação

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%	Erro padrão	K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Orientação sobre sinais de risco durante pré-natal										
Não fez	99,1	1,2	68,4	25,5	99,5	24,8	0,68	0,39	0,98	0,02
Não	99,3	0,2	41,7	4,2	99,7	4,8	0,41	0,12	0,99	0,00
Sim	99,0	0,2	33,1	3,3	99,5	2,9	0,33	0,08	0,98	0,00
Fonte de pagamento do parto										
Pública	99,0	0,1	39,2	2,9	99,5	2,7	0,39	0,07	0,98	0,00
Privada	99,6	0,2	2,2	5,7	99,8	0,9	0,02	0,10	0,99	0,00
Tipo de parto										
Vaginal	99,1	0,2	40,0	3,7	99,5	3,6	0,40	0,09	0,98	0,00
Cesáreo	99,2	0,2	33,2	3,6	99,6	3,5	0,33	0,10	0,98	0,00

7.12. Prevalências e concordâncias para infecção urinária na gestação

As mulheres do Sudeste, das regiões metropolitanas e capitais, com partos financiados e realizados em hospitais do SUS, com idade entre 12 e 19 anos, ensino fundamental completo, pertencentes à classe C, amarelas, primíparas ou com mais de dois partos anteriores, com histórico de mais de um aborto, que começaram o pré-natal no terceiro trimestre e tiveram entre quatro e cinco consultas, que receberam informações sobre sinais de risco e tiveram parto vaginal apresentaram maiores prevalências de infecção urinária na gestação, segundo o registro médico (Tabela 26).

Já de acordo com o questionário, as puérperas com maiores percentuais de infecção urinária tinham as seguintes características: eram do Norte (50,2%), residiam nas capitais e regiões metropolitanas (36,4%), tiveram o parto em hospitais públicos (41,2%) e financiado pelo SUS (38,6%), idade entre 12 e 19 anos (42,5%), ensino fundamental completo (39,9%), da classe C (39,2%), indígenas (45,5%), primíparas (37,7%), histórico de dois ou mais abortos (39,8%), compareceram em quatro a cinco consultas de pré-natal (37,1%), começando no segundo trimestre (37,0%), receberam orientações sobre riscos (36,4%), e tiveram parto vaginal (37,5%) (Tabela 26).

Tabela 26: Prevalências de infecção urinária na gravidez segundo características maternas e do parto, histórico obstétrico e região geográfica. Pesquisa Nascir no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Prontuário				Questionário			
	n	%	IC (95%)		n	%	IC (95%)	
			Limite inferior	Limite superior			Limite inferior	Limite superior
Região								
Norte	222	9,7	6,7	13,8	1135	50,2	46,2	54,2
Nordeste	604	6,0	6,0	12,6	2307	30,9	30,9	36,4
Sudeste	1137	11,2	9,4	13,3	3453	34,1	32,4	35,9
Sul	260	8,7	5,9	12,6	1061	35,6	32,4	38,9
Centro-Oeste	147	9,4	4,8	17,6	609	39,3	35,9	42,8
Localização da cidade								
Outros municípios	1351	9,1	7,6	10,8	5309	35,8	34,2	37,4
Capital ou região metropolitana	1020	11,4	9,0	14,3	3255	36,4	34,5	38,3
Tipo de financiamento do hospital								
SUS	1249	12,7	10,4	15,4	4019	41,2	39,3	43,1
Misto	924	8,8	6,9	11,1	3640	34,7	32,8	36,7
Privado	197	5,6	3,9	7,9	906	25,6	23,3	28,1
Idade								
12-19 anos	541	11,8	9,7	14,3	1928	42,5	39,8	45,3
20-34 anos	1610	9,6	8,3	11,1	5914	35,3	34,0	36,7
≥ 35 anos	216	8,6	7,1	10,4	718	28,7	26,8	30,8
Escolaridade								
< Ensino fundamental	638	10,1	8,3	12,3	2347	37,6	35,6	39,6
Ensino fundamental completo	682	11,2	9,6	13,1	2423	39,9	37,9	41,9
≥ Ensino médio completo	935	10,1	8,7	11,7	3275	35,4	34,0	36,9
≥ Ensino superior completo	108	5,1	3,9	6,7	483	22,9	20,5	25,6
Score socioeconômico								
Classe D+E	538	9,6	7,8	11,8	2043	36,8	34,5	39,2
Classe C	1378	11,2	9,6	13,0	4817	39,2	37,7	40,8
Classe A+B	538	7,6	6,4	9,1	2043	28,6	26,6	30,6
Raça/ cor								
Branca	801	9,9	8,3	11,8	2789	34,6	32,9	36,4
Preta	192	9,3	7,6	11,5	684	33,5	30,5	36,7
Parda	1332	9,9	8,5	11,6	4942	37,1	35,6	38,6
Amarela	35	13,6	9,3	19,3	105	40,7	33,2	48,8
Indígena	11	11,4	5,6	22,0	45	45,5	33,1	58,5
Paridade								
Primípara	1148	10,2	8,8	11,9	4206	37,7	36,1	39,2
1 a 2 partos anteriores	974	9,5	8,1	11,2	3476	34,2	32,6	35,8
≥ 3 partos anteriores	248	10,0	8,2	12,2	882	36,2	33,6	38,8
Abortos anteriores								
0	1917	9,7	8,4	11,1	7037	35,6	34,3	36,9
1	330	10,2	8,4	12,4	1210	37,7	35,3	40,2
≥ 2	122	15,2	11,3	20,2	317	39,8	35,4	44,3
Número de consultas no pré-natal								
Não fez	17	5,9	2,9	11,7	56	21,8	15,7	29,3
1-3	200	9,4	7,2	12,2	694	33,1	29,9	36,5
4-5	435	10,6	8,5	13,1	1518	37,1	34,7	39,6
6 ou mais	1666	9,9	8,5	11,4	6120	36,3	34,8	37,8
Trimestre que iniciou pré-natal								
Não fez	17	5,9	2,9	11,7	56	21,8	15,7	29,3
Primeiro	1754	9,9	8,5	11,4	6398	36,1	34,8	37,4
Segundo	490	10,2	8,4	12,3	1768	37,0	34,9	39,0
Terceiro	94	10,9	7,4	15,9	284	33,8	29,0	38,9
Orientação sobre sinais de risco								
Não	864	9,7	8,3	11,4	3156	35,8	34,0	37,5
Sim	1479	10,1	8,7	11,8	5295	36,4	35,0	37,8
Fonte de pagamento do parto								
Pública	2113	11,0	9,5	12,8	7344	38,6	37,2	40,0
Privada	257	5,4	4,0	7,2	1221	25,6	23,8	27,6
Tipo de parto								
Vaginal	1266	11,0	9,3	12,9	4293	37,5	36,0	39,1
Cesáreo	1104	8,9	7,6	10,4	4272	34,6	33,1	36,1

O percentual de concordância geral sobre os casos de infecção urinária quando estratificado pelas características de interesse, diferente dos anteriores, teve valores mais baixos ficando entre 56,0% e 77,7%. Os mais baixos, de acordo com as divisões, foram as regiões Norte (56,0%), cidades fora das capitais e regiões metropolitanas (69,4%), hospitais públicos (66,4%), idade entre 12 e 19 anos (64,7%), ensino fundamental completo (66,9%), classe C (67,6%), indígenas (59,6%), primíparas (68,8%), um ou mais abortos anteriores (68,5%), quatro a cinco consultas de pré-natal (68,6%), início do pré-natal no segundo trimestre (68,6%), orientações sobre sinais de risco (69,4%), fonte pública de pagamento do parto (67,9%) e parto vaginal (69,1%) (Tabela 27).

A concordância positiva dividida pelos grupos em estudo foi menor no Norte (26,8%), nas cidades fora das metrópoles (31,7%), nos hospitais privados (25,9%), na faixa etária de 20 a 34 anos (33,7%), na maior escolaridade (26,7%), nas classes D e E (31,3%), nas indígenas (29,0%), nas múltiparas com um ou dois partos anteriores (33,3%), nas sem histórico de aborto (32,9%), nas que não fizeram pré-natal (20,9%), nas que pagaram pelo próprio parto (26,2%) e que tiveram cesariana (31,8%). Já os percentuais de concordância negativa ficaram entre 68,6% e 88,0% (Tabela 27).

Ao olhar o Kappa, as concordâncias estratificadas foram classificadas em leves e razoáveis. Pelo PABAK, essas foram consideradas razoáveis ou moderadas, com exceção da região Norte e raça/cor indígena, que foram leves (Tabela 27).

Tabela 27: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para infecção urinária na gravidez. Pesquisa Nascir no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%	Erro padrão	K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Região										
Norte	56,0	2,0	26,8	13,7	68,6	8,2	0,12	0,06	0,12	0,04
Nordeste	70,6	1,1	30,7	7,0	81,3	1,4	0,19	0,03	0,41	0,02
Sudeste	72,8	0,9	40,0	6,5	82,4	1,1	0,28	0,02	0,46	0,02
Sul	70,2	1,6	32,9	11,1	80,9	2,1	0,22	0,05	0,40	0,03
Centro-Oeste	64,8	2,4	27,8	15,3	76,7	4,4	0,15	0,07	0,30	0,05
Localização do hospital										
Outros municípios	69,4	0,7	31,7	4,9	80,3	1,0	0,20	0,02	0,39	0,01
Capital ou região metropolitana	70,3	0,9	37,9	7,0	80,5	1,3	0,25	0,03	0,41	0,02
Tipo de financiamento do hospital										
SUS	66,4	0,9	37,7	7,4	77,0	1,5	0,23	0,03	0,33	0,02
Misto	70,4	0,9	32,0	5,8	81,1	1,1	0,21	0,03	0,41	0,02
Privado	76,9	1,4	25,9	8,5	86,3	1,5	0,18	0,05	0,54	0,03

Continua

Tabela 27: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para infecção urinária na gravidez. Pesquisa Nascir no Brasil, 2011-2012.

Continuação

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%	Erro padrão	K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Idade										
12-19 anos	64,7	1,4	35,1	10,4	75,7	2,5	0,20	0,04	0,29	0,03
20-34 anos	70,2	0,7	33,7	4,7	80,8	0,9	0,22	0,02	0,40	0,01
≥ 35 anos	75,7	1,7	35,1	11,3	85,1	1,9	0,25	0,05	0,51	0,03
Escolaridade										
< Ensino fundamental	67,8	1,2	32,5	7,9	78,8	1,7	0,20	0,03	0,36	0,02
Ensino fundamental completo	66,9	1,2	35,2	8,6	77,8	1,8	0,21	0,03	0,34	0,02
Ensino médio completo	70,7	0,9	35,7	6,5	81,0	1,2	0,24	0,03	0,41	0,02
≥ Ensino superior completo	79,4	1,7	26,7	10,7	88,0	1,9	0,20	0,06	0,59	0,03
Score socioeconômico										
Classe D+E	68,0	1,2	31,3	8,2	79,2	1,8	0,19	0,04	0,36	0,02
Classe C	67,6	0,8	35,8	6,1	78,3	1,2	0,22	0,02	0,35	0,02
Classe A+B	75,8	1,1	33,1	7,3	85,2	1,3	0,24	0,04	0,52	0,02
Raça/ cor										
Branca	71,2	1,0	35,4	6,9	81,5	1,2	0,24	0,03	0,42	0,02
Preta	72,1	1,9	34,9	13,4	82,2	2,4	0,24	0,06	0,44	0,04
Parda	68,6	0,8	33,3	5,4	79,5	1,1	0,21	0,02	0,37	0,02
Amarela	64,1	5,9	34,0	43,1	75,4	11,4	0,17	0,16	0,28	0,12
Indígena	59,6	9,7	29,0	66,3	71,8	26,9	0,13	0,29	0,19	0,19
Paridade										
Primípara	68,8	0,9	34,9	6,1	79,5	1,2	0,22	0,02	0,38	0,02
1 a 2 partos anteriores	70,8	0,9	33,3	6,0	81,3	1,1	0,22	0,03	0,42	0,02
≥ 3 partos anteriores	69,4	1,8	34,0	12,7	80,1	2,5	0,22	0,05	0,39	0,04
Abortos anteriores										
0	70,0	0,6	33,7	4,4	80,6	0,8	0,22	0,02	0,40	0,01
1	68,5	1,6	34,4	11,3	79,3	2,3	0,22	0,05	0,37	0,03
≥ 2	68,5	3,2	42,8	28,4	78,3	4,9	0,27	0,08	0,37	0,06
Número de consultas no pré-natal										
Não fez	77,7	5,1	20,9	30,2	87,0	5,8	0,12	0,18	0,55	0,10
1-3	71,4	1,9	32,9	12,9	81,8	2,4	0,21	0,06	0,43	0,04
4-5	68,6	1,4	34,2	10,0	79,3	0,0	0,21	0,04	0,37	0,03
6 ou mais	69,7	0,7	34,4	4,8	80,3	0,9	0,22	0,02	0,39	0,01
Trimestre que iniciou pré-natal										
Não fez	77,7	5,1	20,9	30,2	87,0	5,8	0,12	0,18	0,55	0,10
Primeiro	69,8	0,7	34,4	4,7	80,4	0,9	0,22	0,02	0,40	0,01
Segundo	68,6	1,3	33,4	9,1	79,4	1,8	0,21	0,04	0,37	0,03
Terceiro	70,9	3,1	35,3	21,4	81,2	4,0	0,22	0,09	0,42	0,06
Orientação sobre sinais de risco durante pré-natal										
Não fez	77,7	5,1	20,9	30,2	87,0	5,8	0,12	0,18	0,55	0,10
Não	70,0	1,0	34,2	6,6	80,6	1,2	0,22	0,03	0,40	0,02
Sim	69,4	0,7	34,4	5,2	80,1	1,0	0,22	0,02	0,39	0,01
Fonte de pagamento do parto										
Pública	67,9	0,7	35,4	4,8	78,6	1,0	0,22	0,02	0,36	0,01
Privada	77,1	1,2	26,2	7,3	86,4	1,3	0,19	0,04	0,54	0,02
Tipo de parto										
Vaginal	69,1	0,8	36,4	6,2	79,6	1,2	0,23	0,02	0,38	0,02
Cesáreo	70,3	0,8	31,8	5,3	81,0	1,0	0,21	0,02	0,41	0,02

7.13. Prevalências e concordâncias para toxoplasmose na gestação

As maiores prevalências de toxoplasmose foram encontradas nas regiões Sul e Centro-Oeste, ambas de 0,6% (prontuário), diferentemente das considerando o autorrelato, onde as mais prevalentes foram Sul (1,1%) e Sudeste (0,8%). Além disso, não parece ter havido variação entre as capitais e cidades metropolitanas em relação aos outros municípios, ficando a prevalência de 0,4% nos dois grupos, segundo o registro médico. Já de acordo com o questionário, os percentuais foram de 0,7% para as outras cidades e 0,9% para capitais e regiões metropolitanas. Ainda, os hospitais financiados pelo SUS apresentaram maior frequência de toxoplasmose (0,5%), de forma oposta ao questionário, onde os de financiamento misto tiveram maior prevalência (1,0%) (Tabela 28).

Com relação às características sociodemográficas, o maior percentual da intercorrência foi encontrado em puérperas que tinham entre 20 e 34 anos (0,4%), seguido pelas outras faixas etárias, ambas com 0,3%. Nesse contexto, mulheres da raça/cor indígena tiveram maior frequência da morbidade (0,8%), seguidas pelas pardas com 0,5%. Para a escolaridade, o grupo que possuía ensino médio completo apresentou a maior prevalência (0,6%), seguido pelo grupo com fundamental completo (0,4%), com menos que fundamental (0,2%) e com superior completo (0,2%). Considerando o status socioeconômico, as mulheres pertencentes à classe C apresentaram maior percentual (0,5%), seguido pelas classes A e B (0,4%) e D e E (0,2%) (Tabela 28).

Na mesma linha, considerando o questionário, as maiores prevalências foram nas idades entre 20 e 34 anos (0,8%), seguidas por mulheres com mais de 34 anos (0,7%) e, por último, as adolescentes (12 a 19 anos) com 0,6%. Os grupos de raça/cor com os maiores percentuais de toxoplasmose foram os de indígenas e pardas com 1,8 e 0,9%, respectivamente. Para a escolaridade materna, os níveis de estudo tiveram a mesma frequência da doença (0,8%), com exceção do ensino superior (0,5%). Já a classe econômica apresentou distribuição seguindo a mesma linha do registro médico onde classe C teve maior prevalência (0,9%), seguida pelas classes A e B (0,7%) e D e E (0,5%) (Tabela 28).

Considerando o histórico obstétrico das puérperas, as prevalências foram maiores em mulheres primíparas (0,4%), com um ou dois partos anteriores (0,4%) e com um (0,5%) ou nenhum (0,4%) aborto anterior (prontuário). No questionário, os percentuais mais elevados de toxoplasmose estavam nas puérperas com entre um e dois (0,8%) ou

mais de dois (0,8%) partos anteriores, seguidas pelas primíparas (0,7%), e em mulheres com um (1,2%) ou nenhum (0,8%) aborto sofrido anteriormente. Já as prevalências dessa intercorrência estratificadas pelas características do parto atual foram iguais entre os dois tipos de parto (0,4%), e maior nos financiados pelo SUS (registro médico). De forma oposta, segundo o autorrelato, as mulheres que tiveram parto vaginal e seu financiamento foi público apresentaram maiores percentuais da doença, ambos de 0,8% (Tabela 28).

Por fim, no pré-natal, puérperas que começaram no primeiro trimestre possuíam maior prevalência de toxoplasmose, segundo o prontuário (0,4%) e no terceiro trimestre segundo o questionário (1,0%). Ainda, segundo ambos os instrumentos de coleta de dados, as que compareceram a seis ou mais consultas apresentaram maior percentual da morbidade na gravidez. Já com relação à orientação sobre sinais de risco, segundo prontuário, quem recebeu teve prevalência igual a quem não recebeu (0,4%), enquanto segundo o questionário quem não recebeu teve a maior (0,9%) (Tabela 28).

Tabela 28: Prevalência de toxoplasmose na gravidez segundo características maternas e do parto, histórico obstétrico e região geográfica. Pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Prontuário				Questionário			
	n	%	IC (95%)		n	%	IC (95%)	
			Limite inferior	Limite superior			Limite inferior	Limite superior
Região								
Norte	2	0,1	0,0	0,2	13	0,6	0,3	1,0
Nordeste	31	0,2	0,2	1,1	44	0,5	0,5	0,9
Sudeste	38	0,4	0,2	0,7	82	0,8	0,6	1,1
Sul	17	0,6	0,3	0,9	34	1,1	0,9	1,5
Centro-Oeste	9	0,6	0,3	1,1	6	0,4	0,2	0,9
Localização da cidade								
Outros municípios	57	0,4	0,2	0,6	103	0,7	0,6	0,9
Capital ou região metropolitana	39	0,4	0,3	0,7	76	0,9	0,7	1,1
Tipo de financiamento do hospital								
SUS	44	0,5	0,2	0,8	60	0,6	0,5	0,8
Misto	42	0,4	0,2	0,7	103	1,0	0,8	1,2
Privado	9	0,3	0,1	0,5	16	0,5	0,3	0,7
Idade								
12-19 anos	14	0,3	0,2	0,5	29	0,6	0,4	1,0
20-34 anos	75	0,4	0,3	0,7	134	0,8	0,7	1,0
≥ 35 anos	8	0,3	0,1	0,7	17	0,7	0,4	1,2
Escolaridade								
< Ensino fundamental	13	0,2	0,1	0,4	47	0,8	0,5	1,1
Ensino fundamental completo	26	0,4	0,3	0,6	47	0,8	0,6	1,1
Ensino médio completo	54	0,6	0,3	1,1	75	0,8	0,6	1,1
≥ Ensino superior completo	3	0,2	0,1	0,4	10	0,5	0,2	0,9
Score socioeconômico								
Classe D+E	9	0,2	0,1	0,3	30	0,5	0,4	0,8
Classe C	62	0,5	0,3	0,8	110	0,9	0,7	1,1
Classe A+B	9	0,4	0,3	0,7	30	0,7	0,5	0,9

Continua

Tabela 28: Prevalência de toxoplasmose na gravidez segundo características maternas e do parto, histórico obstétrico e região geográfica. Pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	<i>Continuação</i>							
	Prontuário				Questionário			
	n	%	IC (95%)		n	%	IC (95%)	
Limite inferior			Limite superior	Limite inferior			Limite superior	
Raça/ cor								
Branca	25	0,3	0,2	0,5	57	0,7	0,5	1,0
Preta	1	0,0	0,0	0,3	8	0,4	0,2	0,8
Parda	68	0,5	0,3	0,8	113	0,9	0,7	1,1
Amarela	1	0,3	0,0	2,4	0	0,0	0,0	0,0
Indígena	1	0,8	0,1	5,0	2	1,8	0,3	9,5
Paridade								
Primípara	48	0,4	0,2	0,8	75	0,7	0,5	0,9
1 a 2 partos anteriores	42	0,4	0,3	0,6	84	0,8	0,6	1,1
≥ 3 partos anteriores	6	0,2	0,1	0,5	20	0,8	0,5	1,3
Abortos anteriores								
0	80	0,4	0,3	0,6	141	0,7	0,6	0,9
1	15	0,5	0,2	0,9	37	1,2	0,8	1,8
≥ 2	1	0,2	0,1	0,6	2	0,2	0,0	0,9
Número de consultas no pré-natal								
Não fez	0	0,0	0,0	0,0	1	0,2	0,0	1,5
1-3	2	0,1	0,0	0,3	8	0,4	0,2	0,8
4-5	13	0,3	0,1	0,7	19	0,5	0,3	0,8
6 ou mais	79	0,5	0,3	0,7	149	0,9	0,7	1,1
Trimestre que iniciou pré-natal								
Não fez	0	0,0	0,0	0,0	1	0,2	0,0	1,5
Primeiro	79	0,4	0,3	0,7	137	0,8	0,6	0,9
Segundo	15	0,3	0,2	0,6	34	0,7	0,5	1,1
Terceiro	2	0,3	0,1	1,1	8	1,0	0,5	2,0
Orientação sobre sinais de risco								
Não	38	0,4	0,2	0,9	52	0,6	0,4	0,8
Sim	57	0,4	0,3	0,6	127	0,9	0,7	1,1
Fonte de pagamento do parto								
Pública	85	0,4	0,3	0,7	155	0,8	0,7	1,0
Privada	12	0,2	0,1	0,4	24	0,5	0,3	0,8
Tipo de parto								
Vaginal	47	0,4	0,3	0,7	91	0,8	0,6	1,0
Cesáreo	49	0,4	0,2	0,6	89	0,7	0,6	0,9

Os valores percentuais das concordâncias (toxoplasmose) geral e negativa estratificados pelas características de interesse foram altos, acima de 98,0%, exceto para raça/cor indígena que a concordância geral foi de 97,4%. De forma oposta, os da positiva foram menores e com maior variabilidade entre as divisões. Dessa forma, por ordem crescente de concordância temos as regiões Nordeste (15,2%), Norte (17,3%), Centro-Oeste (23,2%), Sudeste (28,6%) e Sul (40,6%). Em se tratando da localização das cidades, as capitais e regiões metropolitanas concordaram mais (35,9%) que as outras (19,4%). Os hospitais privados tiveram menor concordância positiva (4,2%), seguidos pelos públicos (27,4%) e mistos (29,3%). Da mesma maneira, a fonte de pagamento privada do parto teve 9,6%, enquanto pelo SUS foi de 28,8%. As puérperas que tiveram parto vaginal

apresentaram concordância positiva de 35,1%, enquanto as que tiveram cesariana, 17,4% (Tabela 29).

Nesse contexto, esses valores aumentaram de forma gradual conforme a idade, sendo de 22,6% para a faixa etária de 12 a 19 anos, 26,3% para a de 20 a 34 anos e 31,7% para as mais velhas. A concordância positiva foi semelhante entre as puérperas com ensino médico completo (29,8) e menos escolarizadas (28,8%) As classes econômicas D e E concordaram mais frequentemente (30,0%), seguidas pela classe C (29,3%) e classes A e B (15,9%). As primíparas tiveram concordância positiva de 29,4%, as com um ou dois partos anteriores, 23,0% e com mais de dois partos (27,1%). Em relação ao histórico de abortos, os valores foram de 25,8% para nenhum aborto, 28,3% para um aborto e 27,1% para mais de um aborto (Tabela 29).

Segundo o Kappa, as concordâncias estratificadas ficaram entre leve e razoável, com exceção da raça/cor indígena que foi pobre, já de acordo com o PABAK, elas foram quase perfeitas (Tabela 29).

Tabela 29: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para toxoplasmose na gravidez. Pesquisa Nascir no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%	Erro padrão	K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Região										
Norte	99,4	0,3	17,3	8,3	99,7	7,7	0,17	0,26	0,99	0,01
Nordeste	99,1	0,2	15,2	4,8	99,5	2,5	0,15	0,11	0,98	0,00
Sudeste	99,2	0,2	28,6	3,9	99,6	3,8	0,28	0,11	0,98	0,00
Sul	99,0	0,4	40,6	7,3	99,5	7,6	0,40	0,17	0,98	0,01
Centro-Oeste	99,3	0,4	23,2	10,0	99,6	6,4	0,23	0,29	0,99	0,01
Localização do hospital										
Outros municípios	99,1	0,2	19,4	3,3	99,6	2,2	0,19	0,08	0,98	0,00
Capital ou região metropolitana	99,2	0,2	35,9	4,2	99,6	4,6	0,36	0,11	0,98	0,00
Tipo de financiamento do hospital										
SUS	99,2	0,2	27,4	4,0	99,6	3,5	0,27	0,11	0,98	0,00
Misto	99,0	0,2	29,3	3,9	99,5	3,5	0,29	0,10	0,98	0,00
Privado	99,3	0,3	4,2	6,6	99,7	1,3	0,04	0,11	0,99	0,01
Idade										
12-19 anos	99,3	0,2	22,6	5,9	99,6	5,3	0,22	0,17	0,99	0,00
20-34 anos	99,1	0,1	26,3	3,1	99,5	2,5	0,26	0,08	0,98	0,00
≥ 35 anos	99,3	0,3	31,7	7,9	99,7	9,1	0,31	0,24	0,99	0,01
Escolaridade										
< Ensino fundamental	99,3	0,2	28,8	5,0	99,7	5,8	0,29	0,15	0,99	0,00
Ensino fundamental completo	99,0	0,2	19,0	5,1	99,5	3,3	0,19	0,12	0,98	0,00
Ensino médio completo	99,0	0,2	29,8	4,1	99,5	3,4	0,29	0,10	0,98	0,00
≥ Ensino superior completo	99,5	0,3	19,7	8,6	99,7	8,6	0,20	0,29	0,99	0,01

Continua

Tabela 29: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para toxoplasmose na gravidez. Pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Continuação

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%	Erro padrão	K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Score socioeconômico										
Classe D+E	99,5	0,2	30,0	5,3	99,7	7,3	0,30	0,19	0,99	0,00
Classe C	99,0	0,2	29,3	3,6	99,5	3,1	0,29	0,09	0,98	0,00
Classe A+B	99,1	0,3	15,9	5,2	99,5	2,8	0,15	0,12	0,98	0,01
Raça/ cor										
Branca	99,2	0,2	23,1	4,4	99,6	3,8	0,23	0,12	0,98	0,00
Preta	99,6	0,3	0,0	8,7	99,8	43,0	0,00	0,07	0,99	0,01
Parda	99,0	0,2	29,4	3,4	99,5	3,0	0,29	0,09	0,98	0,00
Amarela	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Indígena	97,4	3,1	0,0	39,9	98,7	133,1	-0,01	0,16	0,95	0,06
Paridade										
Primípara	99,2	0,2	29,4	3,7	99,6	3,6	0,29	0,11	0,98	0,00
1 a 2 partos anteriores	99,0	0,2	23,0	3,9	99,5	3,0	0,23	0,10	0,98	0,00
≥ 3 partos anteriores	99,2	0,3	27,1	8,0	99,6	8,4	0,27	0,23	0,98	0,01
Abortos anteriores										
0	99,2	0,1	25,8	2,8	99,6	2,4	0,25	0,08	0,98	0,00
1	98,8	0,4	28,3	7,0	99,4	5,8	0,28	0,16	0,98	0,01
≥ 2	99,7	0,4	27,1	13,9	99,9	19,0	0,27	0,67	0,99	0,01
Número de consultas no pré-natal										
Não fez	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1-3	99,5	0,3	0,0	8,6	99,8	56,9	0,00	0,05	0,99	0,01
4-5	99,3	0,2	13,3	6,2	99,7	0,0	0,13	0,16	0,99	0,00
6 ou mais	99,0	0,1	28,8	3,1	99,5	2,7	0,28	0,08	0,98	0,00
Trimestre que iniciou pré-natal										
Não fez	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Primeiro	99,1	0,1	29,4	3,0	99,6	2,7	0,29	0,08	0,98	0,00
Segundo	99,2	0,3	17,0	5,7	99,6	3,8	0,17	0,15	0,98	0,01
Terceiro	98,8	0,7	4,8	13,7	99,4	2,5	0,04	0,20	0,98	0,01
Orientação sobre sinais de risco durante pré-natal										
Não fez	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Não	99,2	0,2	17,9	4,2	99,6	2,6	0,18	0,11	0,98	0,00
Sim	99,1	0,2	30,5	3,3	99,6	3,2	0,30	0,09	0,98	0,00
Fonte de pagamento do parto										
Pública	99,1	0,1	28,8	2,9	99,5	2,6	0,28	0,08	0,98	0,00
Privada	99,3	0,2	9,6	5,7	99,7	2,5	0,09	0,13	0,99	0,00
Tipo de parto										
Vaginal	99,2	0,2	35,1	3,7	99,6	4,1	0,35	0,10	0,98	0,00
Cesáreo	99,1	0,2	17,4	3,6	99,5	2,2	0,17	0,09	0,98	0,00

7.14. Prevalências e concordâncias para HIV na gestação

A prevalência de HIV na gestação estratificada pelas características de interesse mostrou-se maior nos seguintes grupos de puérperas, segundo o prontuário: da região Sul

(1,0%), moradoras da capital ou cidades metropolitanas (0,6%), que realizaram o parto em hospitais do SUS (0,7%), com idade superior a 34 anos (0,8%), com nível educacional abaixo do ensino fundamental (0,8%), da classe C (0,5%), pretas (0,8%), com mais de dois partos anteriores (1,2%), com histórico de um (0,9%) ou mais de um aborto (0,9%), que não fizeram pré-natal (1,1%), que tiveram parto pago pelo SUS (0,5%) e cesariana (0,6%) (Tabela 30).

Nessa linha, os grupos de mulheres com maiores prevalências, segundo o questionário, foram das: moradoras das regiões Norte (0,8%), Sudeste (0,8%) e Sul (0,8%), residentes nas grandes cidades (0,8%), que tiveram o bebê em hospitais públicos (0,9%), com idades entre 20 e 34 anos (0,7%), com ensino fundamental completo (1,0%), pertencentes à classe C (0,8%), pretas (0,8%), com mais de dois partos anteriores (1,2%), com histórico de dois ou mais abortos (1,3%), que começaram o pré-natal no terceiro trimestre (2,4%), que tiveram entre uma e três consultas de pré-natal (1,4%), que tiveram orientações sobre sinais de risco (0,7%) e cuja fonte de pagamento do parto foi pública (0,8%). Ainda, a frequência de HIV na gravidez foi a mesma quando estratificada pelo tipo de parto, ambas de 0,6% (Tabela 30).

Tabela 30: Prevalência de HIV na gravidez segundo características maternas e do parto, histórico obstétrico e região geográfica. Pesquisa Nascir no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Prontuário				Questionário			
	n	%	IC (95%)		n	%	IC (95%)	
			Limite inferior	Limite superior			Limite inferior	Limite superior
Região								
Norte	10	0,4	0,2	1,0	18	0,8	0,4	1,7
Nordeste	22	0,2	0,2	0,6	27	0,3	0,3	0,6
Sudeste	44	0,4	0,3	0,7	77	0,8	0,4	1,3
Sul	30	1,0	0,7	1,4	24	0,8	0,6	1,2
Centro-Oeste	6	0,4	0,2	0,7	7	0,5	0,3	0,8
Localização da cidade								
Outros municípios	62	0,4	0,3	0,6	78	0,5	0,4	0,7
Capital ou região metropolitana	50	0,6	0,4	0,8	75	0,8	0,5	1,5
Tipo de financiamento do hospital								
SUS	71	0,7	0,5	1,0	86	0,9	0,5	1,4
Misto	35	0,3	0,2	0,5	62	0,6	0,4	0,8
Privado	7	0,2	0,1	0,4	5	0,2	0,1	0,3
Idade								
12-19 anos	10	0,2	0,1	0,4	25	0,6	0,3	1,0
20-34 anos	81	0,5	0,4	0,6	112	0,7	0,5	1,0
≥ 35 anos	21	0,8	0,5	1,3	15	0,6	0,4	1,0
Escolaridade								
< Ensino fundamental	49	0,8	0,6	1,1	53	0,8	0,6	1,2
Ensino fundamental completo	33	0,6	0,3	0,9	60	1,0	0,5	1,9
Ensino médio completo	26	0,3	0,2	0,5	36	0,4	0,3	0,5
≥ Ensino superior completo	4	0,2	0,1	0,5	3	0,2	0,1	0,4

Continua

Tabela 30: Prevalência de HIV na gravidez segundo características maternas e do parto, histórico obstétrico e região geográfica. Pesquisa Nascir no Brasil, 2011-2012.

Continuação

Variáveis de interesse	Prontuário				Questionário			
	n	%	IC (95%)		n	%	IC (95%)	
			Limite inferior	Limite superior			Limite inferior	Limite superior
Score socioeconômico								
Classe D+E	24	0,4	0,3	0,7	35	0,6	0,4	0,9
Classe C	62	0,5	0,4	0,7	95	0,8	0,5	1,2
Classe A+B	24	0,4	0,3	0,7	35	0,4	0,2	0,6
Raça/ cor								
Branca	29	0,4	0,3	0,5	55	0,7	0,4	1,3
Preta	17	0,8	0,5	1,4	17	0,8	0,5	1,4
Parda	65	0,5	0,3	0,7	79	0,6	0,4	0,8
Amarela	0	0,2	0,0	1,2	2	0,7	0,2	3,0
Indígena	1	0,6	0,1	3,4	0	0,0	0,0	0,0
Paridade								
Primípara	34	0,3	0,2	0,5	48	0,4	0,3	0,6
1 a 2 partos anteriores	48	0,5	0,3	0,6	75	0,7	0,5	1,2
≥ 3 partos anteriores	30	1,2	0,8	1,8	29	1,2	0,8	1,8
Abortos anteriores								
0	77	0,4	0,3	0,5	123	0,6	0,4	0,9
1	28	0,9	0,5	1,4	20	0,6	0,4	1,0
≥ 2	7	0,9	0,4	2,0	11	1,3	0,6	2,7
Número de consultas no pré-natal								
Não fez	3	1,1	0,4	3,0	1	0,2	0,0	1,5
1-3	13	0,6	0,3	1,2	28	1,4	0,4	4,6
4-5	20	0,5	0,3	0,8	19	0,5	0,3	0,8
6 ou mais	71	0,4	0,3	0,6	101	0,6	0,5	0,8
Trimestre que iniciou pré-natal								
Não fez	3	1,1	0,4	3,0	1	0,2	0,0	1,5
Primeiro	77	0,4	0,3	0,6	90	0,5	0,4	0,7
Segundo	23	0,5	0,3	0,7	41	0,9	0,6	1,2
Terceiro	7	0,8	0,3	1,8	20	2,4	0,4	12,2
Orientação sobre sinais de risco								
Não	35	0,4	0,3	0,6	51	0,6	0,3	1,3
Sim	74	0,5	0,4	0,7	98	0,7	0,5	0,9
Fonte de pagamento do parto								
Pública	104	0,5	0,4	0,7	144	0,8	0,6	1,0
Privada	8	0,2	0,1	0,4	9	0,2	0,1	0,3
Tipo de parto								
Vaginal	40	0,3	0,2	0,5	73	0,6	0,4	1,1
Cesáreo	72	0,6	0,4	0,8	80	0,6	0,5	0,8

Os percentuais de concordância geral e negativa foram altos, acima de 97,0%, para o diagnóstico de HIV. A concordância positiva foi de 24,5% no Sudeste, 26,4% no Centro-Oeste, 27,6% no Nordeste, 51,8% no Norte e 68,5% no Sul. Na capital e região metropolitana esse valor foi de 34,9% e nos outros municípios de 38,9%. O tipo de financiamento do hospital privado teve concordância positiva de 14,0%, o misto, 36,9% e o público, 38,9%. Já para a fonte privada de pagamento do parto esse valor foi de 10,1% e para a pública de 38,8%. O grupo de puérperas que teve parto vaginal concordou menos (21,1%) e o que teve cesariana, mais (49,0%) (Tabela 31).

Considerando as características sociodemográficas, a concordância positiva foi de 19,0% para mulheres de 12 a 19 anos, 38,2% para as de 20 a 34 anos e 48,4% para as com mais de 34 anos. As puérperas com menor escolaridade concordaram mais sobre a presença da doença (49,8%), seguidas pelas com ensino fundamental completo (34,1%). As classes D e E tiveram valores de 45,2%, a classe C de 32,5% e as classes A e B de 39,8%. As puérperas pretas apresentaram maior concordância positiva (73,7%), comparadas as brancas (32,4%) e pardas (32,4%). Ainda, a concordância positiva foi gradual conforme a paridade, tendo as primíparas valores de 18,3%, as com um ou dois partos anteriores 37,2% e as com três ou mais partos anteriores, 63,3%. As puérperas que não tinham histórico de aborto apresentaram concordância positiva de 34,2%, as que sofreram um, 34,6% e as com mais de um, 75,0% (Tabela 31).

Com relação ao pré-natal, a concordância positiva para as que não fizeram foi de 33,8%, para as que fizeram e foram entre uma e três, quatro e cinco ou mais de cinco consultas foi de, respectivamente, 33,6%, 55,4% e 33,5%. Para quem iniciou o pré-natal no primeiro, segundo ou terceiro trimestre, os valores foram de, simultaneamente, 33,0%, 56,8% e 13,1%. Ainda, quem recebeu orientação sobre sinais de risco concordaram mais (42,6%) que as que não receberam (26,0%) (Tabela 31).

De acordo com o Kappa, as concordâncias encontradas foram de leves a moderadas, com exceção nos grupos de puérperas do Sul, pretas, com histórico de três ou mais partos e dois ou mais abortos anteriores, onde foi substancial. Já pelo PABAK, elas foram classificadas em quase perfeitas (Tabela 31).

Tabela 31: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para HIV na gravidez. Pesquisa Nascir no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%	Erro padrão	K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Região										
Norte	99,4	0,3	51,8	8,4	99,7	12,1	0,52	0,23	0,99	0,01
Nordeste	99,5	0,2	27,6	4,8	99,8	5,2	0,27	0,17	0,99	0,00
Sudeste	99,1	0,2	24,5	3,9	99,5	3,1	0,24	0,10	0,98	0,00
Sul	99,4	0,3	68,5	7,3	99,7	6,1	0,68	0,14	0,99	0,01
Centro-Oeste	99,3	0,4	26,4	10,0	99,7	8,9	0,26	0,31	0,99	0,01
Localização do hospital										
Outros municípios	99,4	0,1	38,9	3,2	99,7	3,9	0,39	0,10	0,99	0,00
Capital ou região metropolitana	99,1	0,2	34,9	4,2	99,5	4,1	0,34	0,11	0,98	0,00

Continua

Tabela 31: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para HIV na gravidez. Pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%	Erro padrão	K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Tipo de financiamento do hospital										
SUS	99,0	0,2	38,9	4,0	99,5	3,7	0,38	0,10	0,98	0,00
Misto	99,4	0,1	36,9	3,9	99,7	5,0	0,37	0,12	0,99	0,00
Privado	99,7	0,2	14,0	6,6	99,9	4,8	0,14	0,27	0,99	0,00
Idade										
12-19 anos	99,4	0,2	19,0	5,9	99,7	4,9	0,19	0,17	0,99	0,00
20-34 anos	99,3	0,1	38,2	3,1	99,6	3,4	0,38	0,09	0,99	0,00
≥ 35 anos	99,2	0,3	48,4	8,0	99,6	6,7	0,48	0,20	0,98	0,01
Escolaridade										
< Ensino fundamental	99,2	0,2	49,8	5,0	99,6	5,2	0,49	0,12	0,98	0,00
Ensino fundamental completo	99,0	0,3	34,1	5,1	99,5	4,8	0,34	0,12	0,98	0,01
Ensino médio completo	99,5	0,1	25,4	4,1	99,7	4,2	0,25	0,14	0,99	0,00
≥ Ensino superior completo	99,7	0,2	0,0	8,6	99,8	0,2	0,00	0,01	0,99	0,00
Score socioeconômico										
Classe D+E	99,4	0,2	45,2	5,3	99,7	7,3	0,45	0,16	0,99	0,00
Classe C	99,1	0,2	32,5	3,6	99,6	3,4	0,32	0,10	0,98	0,00
Classe A+B	99,5	0,2	39,8	5,2	99,8	5,9	0,40	0,18	0,99	0,00
Raça/ cor										
Branca	99,3	0,2	32,4	4,4	99,6	4,8	0,32	0,13	0,99	0,00
Preta	99,6	0,3	73,7	8,8	99,8	10,4	0,73	0,17	0,99	0,01
Parda	99,3	0,1	32,4	3,4	99,6	3,3	0,32	0,10	0,99	0,00
Amarela	99,1	1,2	0,0	24,6	99,5	0,5	0,00	0,15	0,98	0,02
Indígena	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paridade										
Primípara	99,4	0,1	18,3	3,7	99,7	2,8	0,18	0,11	0,99	0,00
1 a 2 partos anteriores	99,2	0,2	37,2	3,9	99,6	4,3	0,37	0,11	0,98	0,00
≥ 3 partos anteriores	99,1	0,4	63,3	8,1	99,6	7,2	0,63	0,15	0,98	0,01
Abortos anteriores										
0	99,3	0,1	34,2	2,8	99,7	3,2	0,34	0,09	0,99	0,00
1	99,0	0,3	34,6	7,0	99,5	4,8	0,34	0,17	0,98	0,01
≥ 2	99,5	0,5	75,0	14,2	99,7	16,6	0,75	0,23	0,99	0,01
Número de consultas no pré-natal										
Não fez	99,2	1,1	33,8	24,8	99,6	0,0	0,34	0,68	0,98	0,02
1-3	98,7	0,5	33,6	8,7	99,4	7,7	0,33	0,19	0,97	0,01
4-5	99,6	0,2	55,4	6,2	99,8	0,1	0,55	0,19	0,99	0,00
6 ou mais	99,3	0,1	33,5	3,0	99,7	3,2	0,33	0,09	0,99	0,00
Trimestre que iniciou pré-natal										
Não fez	99,2	1,1	33,8	24,8	99,6	0,0	0,34	0,68	0,98	0,02
Primeiro	99,4	0,1	33,0	3,0	99,7	3,1	0,33	0,09	0,99	0,00
Segundo	99,4	0,2	56,8	5,7	99,7	8,2	0,57	0,14	0,99	0,00
Terceiro	97,4	1,1	13,1	13,8	98,7	4,4	0,12	0,20	0,95	0,02
Orientação sobre sinais de risco durante pré-natal										
Não fez	99,2	1,1	33,8	24,8	99,6	0,0	0,34	0,68	0,98	0,02
Não	99,3	0,2	26,0	4,2	99,6	3,8	0,26	0,12	0,99	0,00
Sim	99,3	0,1	42,6	3,3	99,7	3,8	0,42	0,09	0,99	0,00
Fonte de pagamento do parto										
Pública	99,2	0,1	38,8	2,9	99,6	3,0	0,38	0,08	0,98	0,00
Privada	99,7	0,2	10,1	5,7	99,8	3,4	0,10	0,20	0,99	0,00
Tipo de parto										
Vaginal	99,2	0,2	21,1	3,7	99,6	2,9	0,21	0,10	0,98	0,00
Cesáreo	99,4	0,1	49,0	3,6	99,7	4,2	0,49	0,10	0,99	0,00

7.15. Prevalências e concordâncias para infecção de estreptococo do grupo B na gestação

A prevalência de infecção da bactéria estreptococo do grupo B durante a gravidez, de acordo com o questionário e o prontuário, foi maior para as seguintes puérperas, respectivamente: residentes do Sudeste (2,9% e 5,0%), das capitais e cidades metropolitanas (2,8% e 5,4%), com parto realizado em hospitais privados (2,2% e 5,0%), com idades maiores de 34 anos (2,4% e 5,0%), com ensino superior completo ou mais (1,9 e 5,2%), das classes A e B (2,3% e 4,7%), indígenas (3,2% e 4,1%) e brancas (1,8 e 4,1%), que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre (1,7 e 4,1%), que tiveram seis ou mais consultas de pré-natal (1,7% e 4,2%), não tiveram orientações sobre sinais de risco (1,7% e 3,9%), tiveram fonte de pagamento do parto privada (2,9% e 5,4%). O tipo de parto mais prevalente foi o vaginal no prontuário (1,7%) e o cesáreo no questionário (4,1%) (Tabela 32).

Ademais, para o histórico obstétrico das puérperas, os percentuais de infecção pela bactéria na gestação foram mais altos no grupo que já tinha tido mais de dois partos anteriormente (1,8%), segundo prontuário; e no grupo de primíparas (4,0%), conforme o questionário. Da mesma forma, as mulheres que já tinham sofrido um aborto tiveram prevalência superior aos outros grupos, de acordo com o registro médico, e as com mais de um (6,0%), segundo autorrelato (Tabela 32).

Tabela 32: Prevalência de infecção pela bactéria estreptococo do grupo B na gravidez segundo características maternas e do parto, histórico obstétrico e região geográfica. Pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Prontuário				Questionário			
	n	%	IC (95%)		n	%	IC (95%)	
			Limite inferior	Limite superior			Limite inferior	Limite superior
Região								
Norte	7	0,3	0,1	0,6	103	4,6	2,3	9,0
Nordeste	6	0,0	0,0	0,2	188	2,0	2,0	4,0
Sudeste	292	2,9	1,5	5,3	474	5,0	3,3	7,5
Sul	47	1,6	1,1	2,3	81	2,8	2,2	3,7
Centro-Oeste	6	0,4	0,2	0,9	17	1,1	0,7	2,0
Localização da cidade								
Outros municípios	104	0,7	0,5	1,0	407	2,8	2,3	3,5
Capital ou região metropolitana	254	2,8	1,4	5,7	457	5,4	3,5	8,4
Tipo de financiamento do hospital								
SUS	107	1,1	0,6	1,9	292	3,1	2,2	4,6
Misto	173	1,6	0,6	4,5	399	4,0	2,5	6,4
Privado	78	2,2	1,5	3,3	172	5,0	3,9	6,5
Idade								
12-19 anos	51	1,1	0,5	2,6	148	3,4	2,3	4,9
20-34 anos	246	1,5	0,8	2,6	597	3,7	2,8	4,9
≥ 35 anos	61	2,4	1,7	3,5	119	5,0	3,9	6,4
Escolaridade								
< Ensino fundamental	60	0,9	0,5	1,8	170	2,8	2,0	4,1
Ensino fundamental completo	85	1,4	0,7	2,6	217	3,7	2,6	5,2
Ensino médio completo	173	1,9	1,0	3,5	369	4,2	3,0	5,8
≥ Ensino superior completo	39	1,9	1,1	3,2	106	5,2	4,1	6,5
Score socioeconômico								
Classe D+E	18	0,3	0,2	0,6	129	2,4	1,7	3,4
Classe C	206	1,7	0,9	3,2	469	4,0	2,9	5,5
Classe A+B	18	2,3	1,4	3,7	129	4,7	3,6	6,2
Raça/ cor								
Branca	143	1,8	1,2	2,6	319	4,1	3,4	5,1
Preta	29	1,4	0,9	2,3	59	3,0	1,9	4,7
Parda	182	1,4	0,7	2,8	474	3,7	2,6	5,2
Amarela	1	0,5	0,1	2,1	9	3,4	1,6	7,2
Indígena	3	3,2	0,4	20,2	4	4,1	0,8	18,9
Paridade								
Primípara	146	1,3	0,7	2,3	425	4,0	3,2	5,0
1 a 2 partos anteriores	168	1,6	0,9	3,0	367	3,8	2,7	5,3
≥ 3 partos anteriores	44	1,8	0,9	3,7	72	3,1	2,1	4,4
Abortos anteriores								
0	288	1,4	0,8	2,5	697	3,7	2,8	4,8
1	61	1,9	1,0	3,5	120	4,0	2,8	5,5
≥ 2	9	1,1	0,3	4,0	46	6,0	3,7	9,6
Número de consultas no pré-natal								
Não fez	0	0,0	0,0	0,0	1	0,2	0,0	1,6
1-3	8	0,4	0,2	0,9	49	2,5	1,5	4,1
4-5	52	1,3	0,4	3,9	126	3,2	1,9	5,4
6 ou mais	291	1,7	1,1	2,7	678	4,2	3,3	5,3
Trimestre que iniciou pré-natal								
Não fez	0	0,0	0,0	0,0	1	0,2	0,0	1,6
Primeiro	297	1,7	1,0	2,9	693	4,1	3,1	5,3
Segundo	52	1,1	0,6	2,1	149	3,3	2,4	4,4
Terceiro	4	0,5	0,2	1,3	16	2,0	1,0	3,9
Orientação sobre sinais de risco								
Não	153	1,7	0,7	4,4	334	3,9	2,5	6,1
Sim	204	1,4	1,0	1,9	526	3,8	3,1	4,7
Fonte de pagamento do parto								
Pública	218	1,1	0,7	1,9	615	3,4	2,6	4,4
Privada	140	2,9	1,5	5,7	249	5,4	3,7	7,9
Tipo de parto								
Vaginal	192	1,7	0,8	3,3	378	3,5	2,4	5,0
Cesáreo	166	1,3	0,9	2,0	486	4,1	3,3	5,0

As concordâncias geral e negativa sobre o diagnóstico da infecção pelo estreptococo do grupo B na gravidez foram altas (>95,0%), já as positivas tiveram maior variabilidade. Como destaque seguem os grupos que apresentaram menor concordância sobre a presença da doença, tendo em vista o registro do questionário e do prontuário: regiões Nordeste (0,0%), Norte (1,2%) e Centro-Oeste (7,2%), municípios fora das capitais e regiões metropolitanas (18,3%), hospitais públicos (28,1%), faixa etária de 20 a 34 anos (35,2%), menor escolaridade (21,1%), classes D e E (5,9%), raça/cor amarela (15,4%), três ou mais partos anteriores (26,3%), mais de um aborto anterior (29,2%), entre uma e três consultas de pré-natal (0,0%), início do pré-natal no terceiro trimestre (0,0%), fonte de pagamento do parto pública (32,1%) e parto cesáreo (28,3%) (Tabela 33).

Pelo Kappa, as concordâncias encontradas foram de leves a moderadas, como exceção estão a raça/cor indígena (quase perfeita) e o início do pré-natal no terceiro trimestre (pobre). Já considerando o PABAK, as concordâncias foram quase perfeitas (Tabela 33).

Tabela 33: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para a infecção pela bactéria estreptococo do grupo B na gravidez. Pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%	Erro padrão	K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Região										
Norte	95,1	0,9	1,2	8,5	97,5	1,1	0,01	0,08	0,90	0,02
Nordeste	97,1	0,4	0,0	4,9	98,5	4,9	0,00	0,05	0,94	0,01
Sudeste	96,4	0,4	55,1	4,4	98,1	2,3	0,53	0,04	0,93	0,01
Sul	97,2	0,6	36,9	7,6	98,6	4,3	0,36	0,11	0,94	0,01
Centro-Oeste	98,6	0,6	7,2	10,2	99,3	2,5	0,07	0,15	0,97	0,01
Localização do hospital										
Outros municípios	97,1	0,3	18,3	3,4	98,5	1,3	0,17	0,05	0,94	0,01
Capital ou região metropolitana	96,1	0,4	53,1	4,6	97,9	2,4	0,51	0,05	0,92	0,01
Tipo de financiamento do hospital										
SUS	96,9	0,4	28,1	4,2	98,4	2,1	0,27	0,06	0,94	0,01
Misto	97,0	0,3	46,2	4,1	98,4	2,6	0,45	0,05	0,94	0,01
Privado	95,5	0,7	37,9	7,1	97,7	3,3	0,36	0,08	0,91	0,01
Idade										
12-19 anos	97,2	0,5	37,7	6,2	98,5	3,9	0,37	0,09	0,94	0,01
20-34 anos	96,6	0,3	35,2	3,2	98,3	1,7	0,34	0,04	0,93	0,01
≥ 35 anos	96,7	0,7	55,2	8,6	98,3	5,0	0,54	0,09	0,93	0,01
Escolaridade										
< Ensino fundamental	97,0	0,4	21,1	5,2	98,5	2,2	0,20	0,07	0,94	0,01
Ensino fundamental completo	96,9	0,4	39,7	5,4	98,4	3,2	0,38	0,07	0,94	0,01
Ensino médio completo	96,6	0,4	44,1	4,4	98,2	2,5	0,43	0,05	0,93	0,01
≥ Ensino superior completo	96,1	0,8	44,2	9,2	98,0	5,0	0,43	0,10	0,92	0,02

Continua

Tabela 33: Níveis de concordância segundo percentual geral, positivo e negativo; Kappa; e PABAK para a infecção pela bactéria estreptococo do grupo B na gravidez. Pesquisa Nascir no Brasil, 2011-2012.

Continuação

Variáveis de interesse	Concordância geral		Concordância positiva		Concordância negativa		Kappa		PABAK	
	%	Erro padrão	%	Erro padrão	%	Erro padrão	K	Erro padrão	PK	Erro padrão
Score socioeconômico										
Classe D+E	97,4	0,4	5,9	5,5	98,7	0,9	0,05	0,07	0,95	0,01
Classe C	96,6	0,3	41,1	3,8	98,3	2,2	0,40	0,05	0,93	0,01
Classe A+B	96,2	0,5	46,7	5,6	98,0	3,0	0,45	0,06	0,92	0,01
Raça/ cor										
Branca	96,5	0,4	41,8	4,7	98,2	2,6	0,40	0,06	0,93	0,01
Preta	97,2	0,7	34,3	9,2	98,6	5,3	0,33	0,13	0,94	0,01
Parda	96,8	0,3	36,7	3,6	98,3	2,0	0,35	0,05	0,94	0,01
Amarela	96,6	2,2	15,4	25,5	98,3	8,4	0,15	0,34	0,93	0,04
Indígena	99,2	1,7	89,4	43,7	99,6	21,3	0,89	0,25	0,98	0,03
Paridade										
Primípara	96,6	0,3	35,4	4,0	98,2	2,2	0,34	0,05	0,93	0,01
1 a 2 partos anteriores	97,0	0,3	44,6	4,2	98,4	2,5	0,43	0,05	0,94	0,01
≥ 3 partos anteriores	96,4	0,8	26,3	8,4	98,2	3,4	0,25	0,11	0,93	0,02
Abortos anteriores										
0	96,9	0,2	39,5	3,0	98,4	1,8	0,38	0,04	0,94	0,00
1	96,2	0,7	36,5	7,5	98,1	3,6	0,35	0,09	0,92	0,01
≥ 2	95,0	1,5	29,2	14,9	97,4	6,3	0,28	0,17	0,90	0,03
Número de consultas no pré-natal										
Não fez	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1-3	97,2	0,7	0,0	9,0	98,6	16,4	0,00	0,07	0,94	0,01
4-5	97,4	0,5	42,3	6,5	98,7	0,0	0,41	0,09	0,95	0,01
6 ou mais	96,4	0,3	40,0	3,2	98,2	1,8	0,38	0,04	0,93	0,01
Trimestre que iniciou pré-natal										
Não fez	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Primeiro	96,5	0,3	40,3	3,2	98,2	1,8	0,39	0,04	0,93	0,01
Segundo	97,1	0,5	32,5	6,0	98,5	3,5	0,31	0,09	0,94	0,01
Terceiro	97,6	1,1	0,0	14,0	98,8	36,0	-0,01	0,09	0,95	0,02
Orientação sobre sinais de risco durante pré-natal										
Não fez	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Não	96,7	0,4	41,4	4,5	98,3	2,5	0,40	0,06	0,93	0,01
Sim	96,7	0,3	36,9	3,5	98,3	2,0	0,36	0,05	0,93	0,01
Fonte de pagamento do parto										
Pública	96,9	0,3	32,1	3,0	98,4	1,7	0,31	0,04	0,94	0,01
Privada	96,0	0,6	52,4	6,3	97,9	3,2	0,50	0,06	0,92	0,01
Tipo de parto										
Vaginal	97,4	0,3	50,4	4,0	98,7	2,7	0,49	0,05	0,95	0,01
Cesáreo	96,1	0,3	28,3	3,7	98,0	1,7	0,27	0,05	0,92	0,01

7.16. Modelo logístico para associação entre a discordância encontrada entre as respostas das puérperas no questionário e seu prontuário sobre infecção urinária

A infecção urinária foi uma das morbidades com menor concordância, levando em conta todos os índices apresentados. Dessa forma, escolheu-se identificar características que influenciam nesse padrão. Ao analisar a tabela 34, na região Norte, o registro médico e o autorrelato discordaram em 44,0% dos casos quanto a presença de infecção urinária. No Centro-Oeste, esse percentual foi de 35,2%. Nessa linha, nos hospitais com financiamento público, essa discordância foi de 33,6%. Já considerando a fonte de pagamento do parto, entre os que foram financiados pelo SUS, 32,1% apresentaram discordância entre o prontuário e o questionário.

Além disso, no grupo de puérperas com idade entre 12 e 19 anos, os instrumentos discordaram em 35,3% dos casos. Entre as mulheres com ensino fundamental completo, esse percentual de discordância entre o autorrelato e o prontuário foi de 33,1% dos casos. Da mesma maneira, nas classes D e E, a discordância entre os instrumentos foi de 32,0%, semelhante a classe C, onde esse valor foi de 32,4%. Nesse contexto, entre as puérperas indígenas houve discordância em 40,4% dos casos e, nas amarelas, em 35,9% (Tabela 34).

Tabela 34: Percentual de características maternas e do parto, histórico obstétrico e região geográfica das puérperas segundo concordância entre o questionário e o prontuário sobre o diagnóstico de infecção urinária. Pesquisa Nascir no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Questionário e prontuário concordam			Questionário e prontuário discordam			Valor p
	%	IC (95%)		%	IC (95%)		
		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior	
Região							
Norte	56,0	51,6	60,4	44,0	39,6	48,4	<0,001
Nordeste	70,6	68,0	73,0	29,4	27,0	32,0	
Sudeste	72,8	71,0	74,5	27,2	25,5	29,0	
Sul	70,2	66,6	73,6	29,8	26,4	33,4	
Centro-Oeste	64,8	59,9	69,4	35,2	30,6	40,1	
Localização da cidade							
Outros municípios	69,4	67,9	70,8	30,6	29,2	32,1	0,500
Capital ou região metropolitana	70,3	68,0	72,5	29,7	27,5	32,0	
Tipo de financiamento do hospital							
SUS	66,4	64,3	68,4	33,6	31,6	35,7	<0,001
Misto	70,4	68,5	72,3	29,6	27,7	31,5	
Privado	76,9	74,4	79,2	23,1	20,8	25,6	

Continua

Tabela 34: Percentual de características maternas e do parto, histórico obstétrico e região geográfica das puérperas segundo concordância entre o questionário e o prontuário sobre o diagnóstico de infecção urinária. Pesquisa Nascir no Brasil, 2011-2012.

Continuação

Variáveis de interesse	Questionário e prontuário concordam			Questionário e prontuário discordam			Valor p
	%	IC (95%)		%	IC (95%)		
		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior	
Idade							
12-19 anos	64,7	61,9	67,4	35,3	32,6	38,1	<0,001
20-34 anos	70,2	68,9	71,5	29,8	28,5	31,1	
≥ 35 anos	75,7	73,6	77,8	24,3	22,2	26,4	
Escolaridade							
< Ensino fundamental	67,8	65,7	69,7	32,2	30,3	34,3	<0,001
Ensino fundamental completo	66,9	64,8	68,9	33,1	31,1	35,2	
Ensino médio completo	72,3	71,0	73,6	27,7	26,4	29,0	
≥ Ensino superior completo	79,4	76,8	81,8	20,6	18,2	23,2	
Score socioeconômico							
Classe A+B	75,8	73,7	77,7	24,2	22,3	26,3	<0,001
Classe C	67,6	66,0	69,1	32,4	30,9	34,0	
Classe D+E	68,0	65,7	70,3	32,0	29,7	34,3	
Raça/ cor							
Branca	71,2	69,5	72,9	28,8	27,1	30,5	0,002
Preta	72,1	69,4	74,7	27,9	25,3	30,6	
Parda	68,6	67,1	70,1	31,4	29,9	32,9	
Amarela	64,1	56,9	70,8	35,9	29,2	43,1	
Indígena	59,6	46,7	71,3	40,4	28,7	53,3	
Paridade							
Primípara	68,8	67,1	70,5	31,2	29,5	32,9	0,122
1 a 2 partos anteriores	70,8	69,2	72,4	29,2	27,6	30,8	
≥ 3 partos anteriores	69,4	66,6	72,1	30,6	27,9	33,4	
Abortos anteriores							
0	70,0	68,7	71,3	30,0	28,7	31,3	0,051
1	68,5	66,0	70,9	31,5	29,1	34,0	
≥ 2	68,5	64,0	72,7	31,5	27,3	36,0	
Número de consultas no pré-natal							
Não fez	77,7	70,1	83,8	22,3	16,2	29,9	0,136
1-3	71,4	68,0	74,5	28,6	25,5	32,0	
4-5	68,6	65,9	71,1	31,4	28,9	34,1	
6 ou mais	69,7	68,3	71,0	30,3	29,0	31,7	
Trimestre que iniciou pré-natal							
Não fez	77,7	70,1	83,8	22,3	16,2	29,9	0,113
Primeiro	69,8	68,5	71,1	30,2	28,9	31,5	
Segundo	68,6	66,4	70,6	31,4	29,4	33,6	
Terceiro	70,9	65,9	75,5	29,1	24,5	34,1	
Orientação sobre sinais de risco							
Não fez	77,7	70,1	83,8	22,3	16,2	29,9	0,476
Não	70,0	68,4	71,6	30,0	28,4	31,6	
Sim	69,4	68,0	70,8	30,6	29,2	32,0	
Fonte de pagamento do parto							
Pública	67,9	66,4	69,3	32,1	30,7	33,6	<0,001
Privada	77,1	75,1	79,0	22,9	21,0	24,9	
Tipo de parto							
Vaginal	69,1	67,3	70,8	30,9	29,2	32,7	0,196
Cesáreo	70,3	68,9	71,7	29,7	28,3	31,1	

Com base nos resultados expostos na tabela 35, observa-se que puérperas das regiões Norte e Centro-Oeste, com idade entre 12 e 34 anos, pertencentes à classe C, com menor escolaridade e cuja fonte de pagamento do parto foi pública têm maiores

chances de terem discordância entre a informação relatada no questionário e seu prontuário sobre a infecção urinária. Já mulheres que tiveram parto vaginal e são da raça/cor preta têm menos chance de apresentar discordância a respeito dessa intercorrência nos dois instrumentos.

Dessa forma, a chance de mulheres do Norte e Centro-Oeste de terem discordância entre a resposta dada no questionário e seu prontuário quanto a presença ou ausência de infecção urinária é 1,97 e 1,42 vezes a chance das residentes do Sudeste, respectivamente. Puérperas com idade entre 12-19 anos e 20-34 anos têm 40,0% e 21,0% mais chances de terem discordâncias que as mais velhas, na devida ordem. Na mesma linha, mulheres que não completaram o ensino fundamental, com ensino fundamental completo e ensino médio completo têm 31,0%, 35,0% e 28,0% mais chances de apresentarem discordância que as com ensino superior completo ou mais, simultaneamente. Ainda, mulheres pertencentes à classe C têm 23,0% mais chance de ter discordância entre o registro médico e o questionário quanto a infecção urinária do que as da classe A e B. Por fim, puérperas cujo parto foi pago pelo SUS têm 31,0% mais chance de ter discordância quando comparadas as que pagaram pelo próprio parto. De forma oposta, mulheres que tiveram parto vaginal ou são da raça/cor preta têm 9,0% e 16,0% menos chance de apresentarem discordância entre os dois métodos quando comparadas as que fizeram cesariana, respectivamente.

Tabela 35: Razão de chance ajustada para a discordância entre o questionário e o prontuário sobre o diagnóstico de infecção urinária. Pesquisa Nascer no Brasil, 2011-2012.

Variáveis de interesse	Razão de chance bruta	IC (95%)		Razão de chance ajustada	IC (95%)	
		Limite Inferior	Limite superior		Limite Inferior	Limite superior
Região						
Norte	2,10	1,72	2,56	1,97	1,60	2,43
Nordeste	1,12	0,96	1,30	1,09	0,94	1,27
Sudeste	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Sul	1,14	0,94	1,37	1,16	0,95	1,40
Centro-Oeste	1,45	1,16	1,82	1,42	1,12	1,81
Idade						
12-19 anos	1,71	1,45	2,00	1,40	1,19	1,65
20-34 anos	1,33	1,17	1,50	1,21	1,07	1,38
≥ 35 anos	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Continua

8. DISCUSSÃO

No presente estudo calculou-se as prevalências das intercorrências clínicas e obstétricas considerando os dados do prontuário e do questionário aplicado a puérpera. Dessa forma, foi possível observar as diferenças percentuais das condições clínicas quando autorrelatadas e quando descritas no registro médico. Com exceção da amniorrexe prematura, para todas as outras intercorrências a prevalência segundo o relato da puérpera foi mais alta. Para a incompetência istmocervical essa diferença foi de 2,3 pontos percentuais; para as condições fetais, de 1,8%; para os problemas com volume do líquido amniótico, de 7,6%; para a isoimunização RH, de 3,1%; para a placenta prévia, de 3,4%; para o deslocamento prematuro de placenta, de 1,2%; para a amniorrexe prematura, de 4,8%; para a diabetes gestacional, de 1,9%; para as síndromes hipertensivas, de 6,1%; para a ameaça de parto prematuro, de 9,2%; para sífilis, de 0,2%; para infecção urinária, de 26,1%; para HIV, de 0,2%; para toxoplasmose, de 0,4%; para infecção de estreptococo do grupo B, de 2,3%.

Além do exposto, a concordância dos dois instrumentos foi medida para as condições clínicas e obstétricas com base no percentual de concordância geral, o positivo e o negativo, além do Kappa e do PABAK (Kappa ajustado pela prevalência). Como foi possível observar, de forma geral, tratam-se de agravos de baixa prevalência na população obstétrica. Nesse contexto, a aferição da concordância torna-se um desafio (FEINSTEIN & CICHETTI, 1990; CICHETTI & FEINSTEIN, 1990; SIM & WRIGHT, 2005).

Essa concordância, quando avaliada pelo Kappa ajustado pela prevalência, foi alta para a maioria das intercorrências estudadas, ficando entre 0,70 e 1,00 e, portanto, sendo classificada como substancial ou quase perfeita. Apesar do exposto, os percentuais de concordância positiva foram baixos quando comparados aos gerais e negativos. Para a incompetência istmocervical e para a placenta prévia esses valores ficaram abaixo de 10,0%. Para as doenças infecciosas, os problemas com o volume amniótico, trabalho de parto prematuro, complicações fetais, amniorrexe prematura e deslocamento prematuro de placenta a concordância positiva ficou entre 17,0% e 40,0%. Para as complicações maternas esse valor variou de 26,2% a 59,0%. Observa-se, portanto, que embora pelo PABAK a concordância entre os dois instrumentos para as condições em estudo tenha sido alta, a maior parte diz respeito a ausência da morbidade. Em se tratando da presença da intercorrência, os percentuais de concordância positiva indicam que há discordância entre o autorrelato das puérperas e seu prontuário.

Esses resultados encontrados são similares aos de Souza et al. (2010) que mostraram que tende a ver uma superestimação das prevalências quando relatadas pelas puérperas. Hertz-Picciotto et al. (1996) investigaram a prevalência de exposições na gestação quando relatadas considerando cada mês e trimestre separadamente e uma janela de tempo única. Os achados mostraram que há grande variabilidade da prevalência quando avaliada dessas três formas. As infecções do trato urinário, a realização de raio-x e ultrassonografias e o uso de medicação para náusea apresentaram as maiores variabilidades entre os trimestres da gestação. Outro achado importante foi que quando avaliadas dessa maneira, as exposições tiveram menor prevalências do que quando foi considerada uma única pergunta sobre o ocorrido. Segundo os autores, esses achados e o tempo de exposição de cada doença indicam que a classificação errada pode ser um problema em estudos que consideram uma medida única sobre toda a gestação. A superestimação dos percentuais de doença pode ocorrer por questões relacionadas a complexidade das nomenclaturas, impacto causado pela intercorrência, confusão entre agravos semelhantes, viés de memória, entre outros (KROEGER, 1983; SADANA, 2000).

Corroborando com os achados desse estudo, Olson et al. (1997) encontraram concordâncias baixas, de forma geral, ao avaliar as complicações durante a gravidez. Na comparação entre o autorrelato materno somente com o prontuário e com o prontuário e critérios diagnósticos a sensibilidade para a maioria das condições médicas na primeira comparação (prontuário x autorrelato) foi menor enquanto a especificidade variou pouco entre as duas formas. A importância do evento para o indivíduo, o jeito que o desfecho de interesse é descrito, o jeito que a pergunta é formulada e o conhecimento do indivíduo sobre a intercorrência podem influenciar na acurácia da resposta (OLSON et al., 1997).

Seguindo os resultados desse estudo, Yawn et al. (1998) observaram que as mulheres foram mais capazes de reportar com precisão sobre a ausência de intercorrências tais quais trabalho de parto prematuro, descolamento prematuro de placenta e diabetes gestacional do que sobre a presença das mesmas. As concordâncias encontradas para a placenta prévia, deslocamento prematuro de placenta, infecção do trato urinário e ameaça de parto prematuro foram baixas em DIETZ et al. (2014). Da mesma forma que outros autores, esses apontam para a dificuldade em saber o quanto a diferença encontrada entre essas complicações pode ser atribuída a falta de entendimento das mulheres sobre os termos médicos, o quanto pode estar atrelado a sua habilidade de entendimento, principalmente se ela estiver durante o trabalho de parto ou no meio de evento adverso,

como nas síndromes hemorrágicas. BUKA et al. (2004) mostraram que mulheres com maior nível educacional reportaram os eventos ocorridos durante a gestação com maior acurácia, já entre mulheres com diferente status socioeconômico e paridade não houve diferença.

Githens et al. (1993) em um estudo que avaliou a memória de mulheres num período entre quatro e seis anos após a gravidez, o trabalho de parto e o parto apontaram que para itens que não são lembrados com clareza, perguntas mais detalhadas melhoram a acurácia das respostas. Ainda, o nível educacional da mulher foi considerado determinante para a acurácia da memória.

Em se tratando da diabetes gestacional e das síndromes hipertensivas, Dietz et al. (2014) apontam para o fato do diagnóstico das duas intercorrências depender de dois exames feitos em momentos diferentes, o que pode levar a confusão das mulheres sobre o tema. Já para o trabalho de parto prematuro é comum que mulheres reportem essa condição e até sejam avaliadas clinicamente, mas muitas vezes não estejam em trabalho de parto, sendo o status dessa intercorrência difícil de avaliar.

Além disso, o preenchimento do prontuário muitas vezes acontece posteriormente ao atendimento, o que pode acarretar no esquecimento de agravos “menos importantes”, atrelado a isso, está a falta de padronização em relação ao preenchimento do mesmo, podendo, portanto, um médico optar pela não anotação de certo agravo devido à falta de necessidade considerada por ele (HEWSON & BENNETT, 1987; CAMPOS et al., 2004). Há, ainda, erros de preenchimento entre os registros médicos. Além disso, a forma de preenchimento pode variar de hospital para hospital (HEWSON & BENNETT, 1987). Ainda, é possível que o médico não tenha notado ou registrado a condição mesmo essa estando presente, esse fato acontece muito frequentemente em condições que necessitam de pouco cuidado médico como enjoos matinais. O preenchimento do prontuário de forma incompleta também pode ser responsável pela discrepância entre as duas fontes de informação. Esses fatores, quando somatizados, podem explicar as diferenças encontradas.

Ainda, a falta de comunicação entre profissionais de saúde e a mulher pode justificar a baixa concordância entre complicações durante a gravidez. Usualmente, as questões sobre a gravidez são diretas, mas representam uma condição e não um evento (OLSON et al., 1997). Em se tratando da amniorrexe prematura, Campos et al. (2004) indicaram que a prevalência desse agravo pode estar subestimada quando avaliada

segundo o prontuário tendo em vista que para seu diagnóstico são necessárias informações anteriores à entrada no hospital, o que pode levar ao seu não preenchimento.

Apesar do exposto, é importante ressaltar que existem condições que são mais percebidas pela mulher, independente de um exame clínico, segundo Sadana (2000), como é o caso de dores de forma geral, sintomas psicológicos, doenças percebidas pelo contexto social (anemia, infecção urinária e etc), o que pode acarretar numa subestimação da prevalência para essas intercorrências, quando avaliadas pelos registros médicos.

A infecção urinária, diferentemente das outras intercorrências, foi a única a apresentar percentuais baixos de concordância negativa, ocasionando percentuais de concordância geral mais baixos também, quando comparados aos dos outros agravos. Além disso, o PABAK foi de 0,40, representando um nível de concordância razoável. Ao analisar os fatores que poderiam influenciar nas discordâncias encontradas, observou-se que, características sociodemográficas, econômicas, bem como do parto podem influenciar no nível de concordância encontrado.

Isso exposto, pode haver discordância entre os dois instrumentos devido a diferenças regionais, que podem estar relacionadas tanto ao atendimento prestado no hospital, quanto a questão econômica do local. Essa última, também pode estar representada pela situação econômica da puérpera, estando essa indiretamente atrelada ao nível de acesso a informação que ela tem, sua escolaridade (MACKENBACH et al., 1996). Ainda, a fonte de pagamento do parto pode ser um indicador das disparidades entre hospitais públicos e privados, representando uma diferença no atendimento, preenchimento de prontuário e etc, ao mesmo tempo que representa o poder aquisitivo da mulher, podendo, bem como a situação econômica, indicar acesso à um maior nível de assistência e a informação. Sendo assim, essa puérpera, de forma geral, apresenta um maior conhecimento sobre seu quadro de saúde (MACKENBACH et al., 1996). Na mesma linha, as mulheres mais jovens têm mais chance de discordarem sobre o diagnóstico de infecção urinária. As mulheres que tiveram cesarianas discordaram mais quando comparadas as que tiveram parto vaginal, esse comportamento pode representar a falta de acesso a informação de forma clara e concisa, sobre seus agravos de saúde, por boa parte das puérperas (MURRAY & CHEN, 1992), como achado em Copelli et al. (2015), onde as mulheres divergiam sobre a resposta do motivo pela realização da cesariana, deixando claro que muitas vezes essa informação é pouco clara.

Além do exposto, a infecção urinária é um agravo que acomete muitas mulheres no dia a dia e, com certa frequência, é tratada em casa, sem a recorrência à um profissional

de saúde (BRASIL, 2012). Nesse contexto, grande parte das mulheres conhece minimamente os sintomas por ela causados. Assim, embora possa ser mais grave e exija acompanhamento de perto no período da gravidez, essa intercorrência está entre a gama de morbidades em que as puérperas têm certo conhecimento sobre o que pode influenciar para mais ou para menos sua prevalência, sendo nesse ponto, diferente de outras intercorrências vistas nesse estudo.

GOYDER et al. (2009) expõem que embora ainda haja poucos estudos nessa área há evidências para considerar a acurácia do auto diagnóstico em algumas condições clínicas, como as infecções recorrentes do trato urinário. Gupta et al. (2001) acharam que 51% das mulheres com infecção urinária conseguiram se auto diagnosticar corretamente com uma sensibilidade de 85%, embora sua população de estudo possua alta escolaridade. Esses dados corroboram com a hipótese de que algumas intercorrências podem ter maior prevalência considerando o autorrelato e essa pode ser a verdadeira.

No presente estudo, as informações sobre o histórico obstétrico, do parto atual e sociodemográficas foram fornecidas pelas puérperas. Embora essas variáveis também possam ser fonte de incompatibilidade entre os dois instrumentos, estudos mostram que essas são bem relatadas pelas mulheres. BUKA et al. (2004) perguntaram a mulheres sobre essas características considerando um espaço de tempo de 22 anos ou mais, ainda assim, encontraram percentuais elevados de concordância em relação a idade e paridade na época do parto e tipo de parto, já o histórico de abortos teve sensibilidade de 63%. O início do pré-natal e o número de consultas apresentaram concordância substancial à alta em Zanchi et al. (2013). OLSON et al. (1997) acharam que procedimentos médicos e histórico reprodutivo tiveram concordância que variou de moderada a alta e essas não foram afetadas pelo tempo.

A confiabilidade do relato da mulher sobre o tipo de parto em diversos estudos foi alta, fato que pode ser justificado pela facilidade de definição, forma direta da pergunta e pela representação de um evento único no tempo (OLSON et al., 1997; YAWN et al., 1998; BUKA et al., 2004),

Com relação a lembrança da mulher sobre o pré-natal, os valores baixos encontrados de concordância em Githens et al. (1993) apontam que esses dados podem ser deficientes no prontuário por mudança de lugar onde o pré-natal foi realizado e, adicionalmente, mulheres podem contar como visita as vezes que foram fazer um exame, enquanto os profissionais de saúde podem não considerar isso como visita, levando a uma discrepância entre os relatos de número de consultas.

Segundo Yawn et al. (1998), o uso dos percentuais de concordância positiva e negativa apesar de fornecerem maior informação sobre os dados podem levar a uma má interpretação se a distribuição dos dados faltantes não for considerada. Deve-se considerar que muitas mulheres não são capazes de fornecer uma informação, mesmo para variáveis com maiores percentuais de concordância. Esse fato pode gerar viés significativo, sendo, portanto, uma limitação desse estudo.

Outro ponto a ser considerado é a forma como as perguntas foram feitas no questionário da pesquisa Nascer no Brasil, podendo muitas vezes detectar um sintoma e não a condição clínica de interesse. A ausência de um instrumento de coleta de dado padrão ouro também é outra limitação.

Por fim, a prevalência das intercorrências clínicas e obstétricas foi baixa e, portanto, tínhamos menos poder estatístico para avaliar sua precisão.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora os valores do PABAK tenham sido majoritariamente altos, os percentuais de concordância sobre a presença da doença foram baixos. Esse fato mostra que a concordância entre os dois instrumentos de coleta de dados é baixa. A descrição de morbidades em pesquisas de saúde engloba a percepção do indivíduo sobre sua condição de saúde, sua interpretação do diagnóstico dado pelo profissional de saúde e a interpretação do profissional de saúde sobre o quadro relatado pelo paciente ou pelos exames disponíveis, a junção desses elementos ocasiona, segundo WHO (1988), uma mistura entre a descrição de sintomas e o diagnóstico propriamente dado pelo profissional.

Com base nessa investigação, os seguintes pontos devem ser considerados ao avaliar a prevalência de intercorrências: o tempo em que a intercorrência dura é fator relevante para a aferição da mesma, quanto menor a janela de tempo ou mais incerta, menor deve ser o tempo entre o registro de informações, ainda que a informação seja recolhida retrospectivamente, aconselha-se que seja perguntado mês a mês ou trimestre a trimestre, conforme seja possível; ao investigar intercorrências que possuem baixa prevalência ou menos conhecidas pela população obstétrica, ou ainda com histórico de baixa concordância, deve-se detalhar as perguntas o máximo possível; características da população em estudo devem ser consideradas ao analisar as informações relatadas, tais quais nível de escolaridade, status socioeconômico e idade, além de região geográfica e tipo de hospitais; pesquisadores devem considerar cuidadosamente os vieses que possam resultar do uso dos dados tanto do questionário quanto do prontuário. Estas preocupações devem ser reconhecidas tanto no planejamento dos estudos quanto na interpretação dos resultados.

Por fim, ainda que haja divergências entre os meios de coleta de dados, os dois instrumentos são de extrema importância para o conhecimento dos agravos de saúde. Observou-se que a depender da intercorrência em estudo, o prontuário ou o autorrelato da puérpera pode representar com maior propriedade. Ainda, características do hospital, regionais e da puérpera podem influenciar significativamente nos dados coletados. Dessa forma, ao realizar um estudo, é importante conhecer todas essas peculiaridades para que uma padronização, dentro do possível, seja implementada na coleta e/ou na análise dos dados.

REFERÊNCIAS

- ABALOS, Edgardo et al. Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review. **European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology**, v. 170, n. 1, p. 1-7, 2013.
- ALVES, Elisabete et al. Medical record review to recover missing data in a Portuguese birth cohort: agreement with self-reported data collected by questionnaire and inter-rater variability. **Gaceta Sanitaria**, v. 25, n. 3, p. 211-219, 2011.
- AMENDOEIRA, Maria Regina Reis; COURA, Léa Ferreira Camillo. Uma breve revisão sobre toxoplasmose na gestação. **Scientia Medica**, v. 20, n. 1, p. 20, 2010.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION et al. 14. Management of diabetes in pregnancy: standards of medical care in diabetes—2019. **Diabetes Care**, v. 42, n. Supplement 1, p. S165-S172, 2019.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION et al. 2. Classification and diagnosis of diabetes: standards of medical care in diabetes—2019. **Diabetes Care**, v. 42, n. Supplement 1, p. S13-S28, 2019.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION et al. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, v. 33, n. 1, p. S62-S69, 2010.
- ANDREOLI SARTES, Laisa Marcorela et al. Avanços na psicometria: da Teoria Clássica dos Testes à Teoria de Resposta ao Item. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 2, 2013.
- ASHFORD, Lori. **Hidden suffering: disabilities from pregnancy and childbirth in less developed countries**. Washington, DC: Population Reference Bureau, MEASURE Communication, 2002.
- ASHWAL, Eran et al. The association between isolated oligohydramnios at term and pregnancy outcome. **Archives of gynecology and obstetrics**, v. 290, n. 5, p. 875-881, 2014.
- AVIRAM, Amir et al. Association of isolated polyhydramnios at or beyond 34 weeks of gestation and pregnancy outcome. **Obstetrics & Gynecology**, v. 125, n. 4, p. 825-832, 2015.
- BAI, Jennifer R. et al. Concordance between medical records and interview data in correctional facilities. **BMC medical research methodology**, v. 14, n. 1, p. 50, 2014.
- BASTOS, Andre Netto et al. Streptococcus agalactiae em gestantes: incidência em laboratório clínico de Juiz de Fora (MG)-2007 a 2009. **HU Revista**, v. 38, n. 3 e 4, 2012.
- BERQUÓ, E. Sobre o Sistema Internacional de Pesquisa em Demografia e Saúde Reprodutiva. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, supl. 1, p. 72-89, 2008.
- BRASIL, CORTES DO CRITÉRIO. Critério de classificação econômica Brasil. **Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)**, 2008.

Brasil. “Guia de Apoio para o Alcance das Metas do Milênio”. Disponível em <<http://www.odmbrasil.gov.br/agenda-de-compromissos-2013-2016>> Acesso em 05 de fevereiro de 2018.

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

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Cadernos de Atenção Básica**. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, 2012.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). *Manual Técnico. Gestação de Alto Risco*. 2012.

BROWN, Mark et al. 187. The hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis & management recommendations for international practice. **Pregnancy Hypertension**, v. 13, p. S6-S7, 2018.

BUKA, Stephen L. et al. The retrospective measurement of prenatal and perinatal events: accuracy of maternal recall. **Schizophrenia research**, v. 71, n. 2-3, p. 417-426, 2004.

BUKA, Stephen L. et al. The retrospective measurement of prenatal and perinatal events: accuracy of maternal recall. **Schizophrenia research**, v. 71, n. 2-3, p. 417-426, 2004.

CARDOSO, Andreia Santos et al. Descolamento prematuro de placenta. **Rev Med Minas Gerais**, v. 22, n. Supl 5, p. S10-S13, 2012.

CHO, NH1 et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. **Diabetes research and clinical practice**, v. 138, p. 271-281, 2018.

CICCHETTI, Domenic V.; FEINSTEIN, Alvan R. High agreement but low kappa: II. Resolving the paradoxes. **Journal of clinical epidemiology**, v. 43, n. 6, p. 551-558, 1990.

CICCHETTI, Domenic V.; FEINSTEIN, Alvan R. High agreement but low kappa: II. Resolving the paradoxes. **Journal of clinical epidemiology**, v. 43, n. 6, p. 551-558, 1990.

COPELLI, Fernanda Hannah da Silva et al. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 336-343, 2015.

DA SILVA COSTA, Fabrício; DA CUNHA, Sérgio Pereira; BEREZOWSKI, Aderson Tadeu. Avaliação prospectiva do índice de líquido amniótico em gestações normais e complicadas. **Radiologia Brasileira**, v. 38, n. 5, p. 337-341, 2005.

DE LIMA, Suzane da Silva et al. HIV na gestação: pré-natal, parto e puerpério. **Ciência & Saúde**, v. 10, n. 1, p. 56-61, 2017.

DE OLIVEIRA, André Luiz Malavasi Longo; MARQUES, Marcos Arêas. Profilaxia de tromboembolismo venoso na gestação. **Jornal vascular brasileiro**, v. 15, n. 4, p. 293, 2016.

DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S169-S181, 2014.

DIETZ, Patricia et al. Validation of self-reported maternal and infant health indicators in the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. **Maternal and child health journal**, v. 18, n. 10, p. 2489-2498, 2014.

DIETZ, Patricia et al. Validation of self-reported maternal and infant health indicators in the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. **Maternal and child health journal**, v. 18, n. 10, p. 2489-2498, 2014.

DO CARMO LEAL, Maria et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reproductive health**, v. 9, n. 1, p. 15, 2012.

DOBSON, Annette J.; BARNETT, Adrian. **An introduction to generalized linear models**. CRC press, 2008.

DUARTE, Geraldo et al. Infecção urinária na gravidez. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 30, n. 2, p. 93-100, 2008.

DUBEY, J. P. Toxoplasmosis—a waterborne zoonosis. **Veterinary parasitology**, v. 126, n. 1-2, p. 57-72, 2004.

EGAN, Aoife M.; DUNNE, Fidelma P. Optimal management of gestational diabetes. **British medical bulletin**, 2019.

EROGLU, Derya et al. Prediction of preterm delivery among women with threatened preterm labor. **Gynecologic and obstetric investigation**, v. 64, n. 2, p. 109-116, 2007.

FAJERSZTAJN, Lais; VERAS, Mariana Matera. Hypoxia: from placental development to fetal programming. **Birth defects research**, v. 109, n. 17, p. 1377-1385, 2017.

FEINSTEIN, Alvan R.; CICCHETTI, Domenic V. High agreement but low kappa: I. The problems of two paradoxes. **Journal of clinical epidemiology**, v. 43, n. 6, p. 543-549, 1990.

FEINSTEIN, Alvan R.; CICCHETTI, Domenic V. High agreement but low kappa: I. The problems of two paradoxes. **Journal of clinical epidemiology**, v. 43, n. 6, p. 543-549, 1990.

FIGUEIRÊDO, Rudgy Pinto de. O estudo da morbidade materna e do conceito em uma maternidade pública de João Pessoa, Paraíba. 2013. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

GARCÍA-BLANCO, Ana et al. Can stress biomarkers predict preterm birth in women with threatened preterm labor?. **Psychoneuroendocrinology**, v. 83, p. 19-24, 2017.

GITHENS, Penny B. et al. Maternal recall and medical records: an examination of events during pregnancy, childbirth, and early infancy. **Birth**, v. 20, n. 3, p. 136-141, 1993.

GITHENS, Penny B. et al. Maternal recall and medical records: an examination of events during pregnancy, childbirth, and early infancy. **Birth**, v. 20, n. 3, p. 136-141, 1993.

GOYDER, Clare; MCPHERSON, Ann; GLASZIOU, Paul. Self diagnosis. **Bmj**, v. 339, p. b4418, 2009.

GOYDER, Clare; MCPHERSON, Ann; GLASZIOU, Paul. Self diagnosis. **Bmj**, v. 339, p. b4418, 2009.

GUPTA, Kalpana et al. Patient-initiated treatment of uncomplicated recurrent urinary tract infections in young women. **Annals of internal medicine**, v. 135, n. 1, p. 9-16, 2001.

GUPTA, Kalpana et al. Patient-initiated treatment of uncomplicated recurrent urinary tract infections in young women. **Annals of internal medicine**, v. 135, n. 1, p. 9-16, 2001.

HERTZ-PICCIOTTO, Irva; PASTORE, Lisa M.; BEAUMONT, James J. Timing and patterns of exposures during pregnancy and their implications for study methods. **American journal of epidemiology**, v. 143, n. 6, p. 597-607, 1996.

HERTZ-PICCIOTTO, Irva; PASTORE, Lisa M.; BEAUMONT, James J. Timing and patterns of exposures during pregnancy and their implications for study methods. **American journal of epidemiology**, v. 143, n. 6, p. 597-607, 1996.

HEWSON, Daphne; BENNETT, Adrienne. Childbirth research data: medical records or women's reports?. **American journal of epidemiology**, v. 125, n. 3, p. 484-491, 1987.

HEWSON, Daphne; BENNETT, Adrienne. Childbirth research data: medical records or women's reports?. **American journal of epidemiology**, v. 125, n. 3, p. 484-491, 1987.

HUTTER, Damian et al. Causes and mechanisms of intrauterine hypoxia and its impact on the fetal cardiovascular system: a review. **International journal of pediatrics**, v. 2010, 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. “Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais: orientações para divulgações de resultados pelo IBGE”. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/institucional/documentos-ibge.html?option=com_content&view=article&id=16150> Acesso em 06 de fevereiro de 2018.

JONES, Michael P. et al. Concordance between sources of morbidity reports: self-reports and medical records. **Frontiers in pharmacology**, v. 2, 2011.

KOBLINSKY, Marge et al. Maternal morbidity and disability and their consequences: neglected agenda in maternal health. **Journal of health, population, and nutrition**, v. 30, n. 2, p. 124, 2012.

KRIPPENDORF, Klaus. Systems Theory. In W. Donsback, Ed. The Encyclopedia of Communication. Blackwell Publishing, 2008.

KROEGER, Axel. Health interview surveys in developing countries: a review of the methods and results. **International journal of epidemiology**, v. 12, n. 4, p. 465-481, 1983.

LINHARES, José Juvenal et al. Prevalência de colonização por *Streptococcus agalactiae* em gestantes atendidas em maternidade do Ceará, no Brasil, correlacionando com os resultados perinatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n. 12, p. 395-400, 2011.

LOONEY, Stephen W.; HAGAN, Joseph L. 4 statistical methods for assessing biomarkers and analyzing biomarker data. **Handbook of statistics**, v. 27, p. 109-147, 2007.

LUCOVNIK, Miha; CHAMBLISS, Linda R.; GARFIELD, Robert E. Costs of unnecessary admissions and treatments for “threatened preterm labor”. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 209, n. 3, p. 217. e1-217. e3, 2013.

MACKENBACH, Johan P.; LOOMAN, C. W.; VAN DER MEER, J. B. Differences in the misreporting of chronic conditions, by level of education: the effect on inequalities in prevalence rates. **American journal of public health**, v. 86, n. 5, p. 706-711, 1996.

MADI, José Mauro et al. Oligodramnia sem rotura das membranas amnióticas: resultados perinatais. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 27, n. 2, p. 75-9, 2005.

MAGALHÃES, Maria da Consolação; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, Maria Teresa. Morbidade materna extremamente grave: uso do Sistema de Informação Hospitalar. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 472-478, 2012.

MARTINS-COSTA, Sérgio H. et al. **Rotinas em obstetrícia**. Artmed Editora, 2017.

MCINTYRE, H. David et al. Gestational diabetes mellitus. **Nature reviews. Disease primers**, v. 5, n. 1, p. 47-47, 2019.

MCINTYRE, H. David et al. Gestational diabetes mellitus. **Nature reviews. Disease primers**, v. 5, n. 1, p. 47-47, 2019.

Ministério da Saúde (MS). Boletim Epidemiológico – HIV/ AIDS, Brasília: MS; 2018.

Ministério da Saúde (MS). *Boletim Epidemiológico - Sífilis* Brasília: MS; 2018.

Ministério da Saúde. “Aids / HIV: o que é, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção”. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/aids-hiv>> Acesso em 20 de junho de 2019.

Ministério da Saúde. “Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher”. Disponível em < <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/>> Acesso em 04 de março de 2018.

Ministério da Saúde. “Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza”. Disponível em < <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/>> Acesso em 04 de março de 2018.

Ministério da Saúde. “Toxoplasmose: sintomas, tratamento e como prevenir”. Disponível em < <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/toxoplasmose>> Acesso em 20 de junho de 2019.

MUNN, Mary B. Management of oligohydramnios in pregnancy. **Obstetrics and Gynecology Clinics**, v. 38, n. 2, p. 387-395, 2011.

MURRAY, Christopher JL; CHEN, Lincoln C. Understanding morbidity change. **The Population and Development Review**, p. 481-503, 1992.

Nascer no Brasil. “Metodologia”. Disponível em <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>> Acesso em 14 de dezembro de 2017.

NETER, John et al. **Applied linear statistical models**. Chicago: Irwin, 1996.

NEWMAN, Lori et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. **PLoS medicine**, v. 10, n. 2, p. e1001396, 2013.

NOMURA, Roseli Mieko Yamamoto et al. Fatores maternos e resultados perinatais no descolamento prematuro da placenta: comparação entre dois períodos. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 28, n. 6, p. 324-30, 2006.

OLSON, Janet E. et al. Medical record validation of maternally reported birth characteristics and pregnancy-related events: a report from the Children's Cancer Group. **American journal of epidemiology**, v. 145, n. 1, p. 58-67, 1997.

OLSON, Janet E. et al. Medical record validation of maternally reported birth characteristics and pregnancy-related events: a report from the Children's Cancer Group. **American journal of epidemiology**, v. 145, n. 1, p. 58-67, 1997.

PHELAN, J. P. et al. Amniotic fluid index measurements during pregnancy. **The Journal of reproductive medicine**, v. 32, n. 8, p. 601-604, 1987.

PIERRE, A. M. M. et al. Repercussões maternas e perinatais da ruptura prematura das membranas até a 26ª semana gestacional. **RBGO**, v. 25, n. 2, p. 109-114, 2003.

PRI-PAZ, S. et al. Maximal amniotic fluid index as a prognostic factor in pregnancies complicated by polyhydramnios. **Ultrasound in Obstetrics & Gynecology**, v. 39, n. 6, p. 648-653, 2012.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). “5º Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODM”. Disponível em <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/library/ods/odm/relatorios/5--relatorio-nacional-de-acompanhamento-dos-odm.html>> Acesso em 03 de fevereiro de 2018.

ROSENBERG, Tom et al. Critical analysis of risk factors and outcome of placenta previa. **Archives of gynecology and obstetrics**, v. 284, n. 1, p. 47-51, 2011.

ROWLEY, Jane et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 97, n. 8, p. 548, 2019.

SADANA, Ritu. Measuring reproductive health: review of community-based approaches to assessing morbidity. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 78, p. 640-654, 2000.

SAY, Lale et al. Maternal near miss—towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 23, n. 3, p. 287-296, 2009.

SCANDIUZZI, Maissa Marçola et al. Resultados maternos e perinatais na ruptura prematura de membranas. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 16, n. 4, p. 178-181, 2014.

SILVA, Samara Maria Messias da et al. Morbidade e mortalidade perinatal em gestações que cursaram com amniorrexe prematura em maternidade pública do Norte do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 36, n. 10, p. 442-448, 2014.

SIM, Julius; WRIGHT, Chris C. The kappa statistic in reliability studies: use, interpretation, and sample size requirements. **Physical therapy**, v. 85, n. 3, p. 257-268, 2005.

SIM, Julius; WRIGHT, Chris C. The kappa statistic in reliability studies: use, interpretation, and sample size requirements. **Physical therapy**, v. 85, n. 3, p. 257-268, 2005.

SOTIRIADIS, Alexandros et al. Transvaginal cervical length measurement for prediction of preterm birth in women with threatened preterm labor: a meta-analysis. **Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology**, v. 35, n. 1, p. 54-64, 2010.

SOUSA, Maria Helena de et al. Sistemas de informação em saúde e monitoramento de morbidade materna grave e mortalidade materna. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 2006.

SOUZA, Alex Sandro Rolland et al. Desfechos maternos e perinatais em gestantes com líquido amniótico diminuído. **Rev. bras. ginecol. obstet**, v. 35, n. 8, p. 342-348, 2013.

SOUZA, E.; CAMANO, L. Descolamento prematuro da placenta. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 3, p. 133-135, 2006.

SOUZA, J. P. et al. Maternal morbidity and near miss in the community: findings from the 2006 Brazilian demographic health survey. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 117, n. 13, p. 1586-1592, 2010.

SOUZA, João Paulo et al. Assistência obstétrica e complicações graves da gestação na América Latina e Caribe: análise das informações obtidas a partir de inquéritos demográficos de saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, p. 396-401, 2007.

STREINER, David L.; NORMAN, Geoffrey R.; CAIRNEY, John. **Health measurement scales: a practical guide to their development and use**. Oxford University Press, USA, 2015.

Szklo, M., and F. J. Nieto. Epidemiology: beyond the basics. **Epidemiology: beyond the basics.**, n. Ed. 2, 2007.

TAVARES, Luciane Santiago et al. Differences in disease burden related to condition of maternity among women ages 15-44 in the State of Minas Gerais, Brazil, 2004-2006. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 30, p. S119-S134, 2013.

The United Nations. “The Millennium Development Goals Report 2015”. Disponível em <http://www.un-ilibrary.org/economic-and-social-development/millennium-development-goals-report_98544aa9-en;jsessionid=1713jmmntw7a0.x-oecd-live-03> Acesso em 03 de fevereiro de 2018.

UKAH, U. Vivian et al. Prediction of adverse maternal outcomes from pre-eclampsia and other hypertensive disorders of pregnancy: A systematic review. **Pregnancy hypertension**, v. 11, p. 115-123, 2018.

UNICEF et al. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. 2015.

VASCONCELLOS, Mauricio Teixeira Leite de et al. Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S49-S58, 2014.

VOGEL, Joshua P. et al. Millennium Development Goal 5 and adolescents: looking back, moving forward. **Archives of Disease in childhood**, v. 100, n. Suppl 1, p. S43-S47, 2015.

VOLANTE, Enrico et al. Alteration of the amniotic fluid and neonatal outcome. **Acta Biomed**, v. 75, n. Suppl 1, p. 71-5, 2004.

WANG, Haidong et al. Estimates of global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980–2015: the Global Burden of Disease Study 2015. **The lancet HIV**, v. 3, n. 8, p. e361-e387, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Training modules for household surveys on health and nutrition**. World Health Organization, 1988.

WU, Chi-Shin et al. Concordance between patient self-reports and claims data on clinical diagnoses, medication use, and health system utilization in Taiwan. **PloS one**, v. 9, n. 12, p. e112257, 2014.

YAWN, Barbara P.; SUMAN, Vera J.; JACOBSEN, Steven J. Maternal recall of distant pregnancy events. **Journal of clinical epidemiology**, v. 51, n. 5, p. 399-405, 1998.

YAWN, Barbara P.; SUMAN, Vera J.; JACOBSEN, Steven J. Maternal recall of distant pregnancy events. **Journal of clinical epidemiology**, v. 51, n. 5, p. 399-405, 1998.

ZANCHI, Mariza et al. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1019-1028, 2013.

ZANCHI, Mariza et al. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1019-1028, 2013.

ZHU, Yeyi; ZHANG, Cuilin. Prevalence of gestational diabetes and risk of progression to type 2 diabetes: a global perspective. **Current diabetes reports**, v. 16, n. 1, p. 7, 2016.