



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**“Primíparas residentes de Rio Grande: análisis de diferentes variables perinatales
y sus inequidades en un período de 13 años”.**

Sandra Paola Maximino

Rio Grande, 2025.

Ficha Catalográfica

M464p Maximino, Sandra Paola

Primíparas residentes de Rio grande: análisis de variables perinatales y sus inequidades en un período de 13 años. / Gabrielle do Santos Feijó – Rio Grande - RS, 2025.

134 f. : il.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Rio Grande/RS, 2025.

Orientadora: Romina Buffarini .

1. mulheres primíparas. 2. Gravidez não planejada. 3. Idade materna avançada. 4. Fatores de risco I. Buffarini, Romina . II. Título.

CDU 618.2-053.9:304.6

Catologação na Fonte: Bibliotecário responsável: Rita Moraes CRB10/2506



ATA DA SESSÃO DE DEFESA ABERTA DE TESE DE DOUTORADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

A banca examinadora, designada pela Portaria nº 3877/2025 de quatro de dezembro de dois mil e vinte e cinco, em sessão presidida e registrada pela orientadora, Profa. Dra. Romina Buffarini, reuniu-se no dia doze de dezembro de dois mil e vinte e cinco, às treze horas e trinta minutos, através do (<https://conferenciaweb.rnp.br/sala/romina>), para avaliar a Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, intitulada: “Primíparas residentes de Rio Grande: análise de diferentes variables perinatales y sus inequidades en un período de 13 años”, do(a) doutorando(a) Sandra Paola Maximino. Para o início dos trabalhos, o Senhor Presidente procedeu à abertura oficial da sessão, com a apresentação dos membros da banca examinadora. A seguir, prestou esclarecimentos sobre a dinâmica de funcionamento da sessão, concedendo o tempo de até 50 (cinquenta) minutos para a apresentação da tese pela doutoranda(o), que iniciou às 13 horas e 30 minutos e terminou às 15 horas e 50 minutos. Após a apresentação, passou a palavra aos membros da banca examinadora, para que procedessem à arguição e apresentassem suas críticas e sugestões. Ao término dessa etapa de avaliação, de acordo com os membros da banca examinadora, a tese de doutorado avaliada foi APROVADA.



Documento assinado digitalmente
ROMINA BUFFARINI
Data: 17/12/2025 07:48:35-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Rio Grande, 12 de dezembro de 2025.

Profa. Dra. Romina Buffarini (Orientadora – FURG)



Documento assinado digitalmente
JULIANA DOS SANTOS VAZ
Data: 16/12/2025 22:28:59-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Juliana dos Santos Vaz (Externo -UFPEL)



Documento assinado digitalmente
FLAVIO MANOEL RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Data: 16/12/2025 11:47:58-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Flavio Manoel Rodrigues da Silva Júnior (Titular– FURG)



Prof. Dr. Samuel Dumith (Titular– FURG)

Profa. Dra. Carla Vitola Gonçalves (Suplente - FURG)



Ciente: _____
Sandra Paola Maximino - Doutorando (a) FURG



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

SANDRA PAOLA MAXIMINO.

**“Primíparas residentes de Rio Grande: análisis de variables perinatales y sus
inequidades en un período de 13 años”.**

Tese apresentada no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde. Orientadora: Prof^ª. Dra. Romina Buffarini.

Rio Grande, 2025

Sandra Paola Maximino

Tese apresentada no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde. Orientadora: Prof^ª. Dra. Romina Buffarini.

“Primíparas residentes de Rio Grande: análisis de variables perinatales y sus inequidades en un período de 13 años”.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Flavio Rodrigues Silva Junior – FURG

Prof. Dr. Samuel Dumith – FURG

Profa. Dra. Juliana Vaz– Externo

Profa. Dra. Carla Vitola Goncalves (Suplente) – FURG

Orientadora: Profa. Dra. Romina Buffarini – FURG

RESUMEN

Las mujeres en su primer embarazo han sido estudiadas principalmente en relación con los riesgos asociados a la edad materna avanzada. Sin embargo, la literatura que aborda las variaciones en la edad promedio al primer embarazo y la ocurrencia de embarazos no planificados en este grupo sigue siendo limitada, especialmente en América Latina. Este estudio tuvo como objetivos analizar la prevalencia de maternidad tardía (≥ 35 años) en un período de 13 años (2007–2019) y comparar el perfil de estas mujeres a lo largo del tiempo; además, describir las inequidades socioeconómicas en los embarazos no planeados durante el mismo período. Se utilizaron datos de los cinco estudios perinatales de Rio Grande, Brasil (2007, 2010, 2013, 2016 y 2019). Se aplicó un cuestionario único y estandarizado mediante entrevista presencial a todas las puérperas residentes en el área urbana o rural que tuvieron su primer hijo en dichos años. La descripción de la muestra se realizó mediante frecuencias absolutas y relativas, y las comparaciones se efectuaron con el test Chi-cuadrado de Pearson. Las desigualdades se estimaron a través de la pendiente de índice (SII) y el índice de concentración (CIX). La tendencia temporal se evaluó mediante el test de Cochran–Armitage. La primiparidad tardía aumentó sostenidamente, sobre todo entre mujeres con mayor escolaridad, ingresos y uso de servicios privados, siendo más frecuente en quienes presentaron comorbilidades gestacionales. Entre 5262 primíparas, la prevalencia global de embarazo no planificado fue 57,2 %, con leve descenso hasta 2016 y aumento en 2019 (62 %; $p = 0,002$). Persistieron marcadas inequidades: en 2019, 74,6 % de las mujeres del cuartil más pobre reportaron embarazo no planificado frente a 46,5 % del más rico (SII = $-37,7$; CIX = $-0,165$).

Palabras claves: primíparas; embarazo no planeado; edad materna tardía; factores de riesgo, inequidad socioeconómica.

RESUMO

Mulheres em sua primeira gravidez têm sido estudadas principalmente em relação aos riscos associados à idade materna avançada. No entanto, a literatura que aborda as variações na idade média da primeira gravidez e a ocorrência de gestações não planejadas nesse grupo ainda é limitada, especialmente na América Latina. Este estudo teve como objetivo analisar a prevalência de maternidade tardia (≥ 35 anos) ao longo de um período de 13 anos (2007–2019) e comparar o perfil dessas mulheres ao longo do tempo; além disso, buscou descrever as desigualdades socioeconômicas em gestações não planejadas durante o mesmo período. Foram utilizados dados de cinco estudos perinatais no Rio Grande, Brasil (2007, 2010, 2013, 2016 e 2019). Um único questionário padronizado foi aplicado por meio de entrevista presencial a todas as mulheres no pós-parto, residentes em áreas urbanas ou rurais, que tiveram seu primeiro filho durante esses anos. A descrição da amostra foi realizada utilizando frequências absolutas e relativas, e as comparações foram feitas utilizando o teste qui-quadrado de Pearson. As desigualdades foram estimadas utilizando o índice de inclinação (SII) e o índice de concentração (CIX). A tendência temporal foi avaliada pelo teste de Cochran-Armitage. A primiparidade tardia aumentou de forma constante, particularmente entre mulheres com níveis mais elevados de escolaridade, renda e utilização de serviços privados, e foi mais frequente entre aquelas com comorbidades gestacionais. Entre 5.262 mulheres primíparas, a prevalência geral de gravidez não planejada foi de 57,2%, com uma ligeira diminuição até 2016 e um aumento em 2019 (62%; $p = 0,002$). Persistiram desigualdades marcantes: em 2019, 74,6% das mulheres no quartil mais pobre relataram gravidez não planejada, em comparação com 46,5% no quartil mais rico (SII = $-37,7$; CIX = $-0,165$).

Palavras-chave: mulheres primíparas; gravidez não planejada; idade materna avançada; fatores de risco; desigualdade socioeconômica.

Objetivos del Desarrollo Sostenible

Esta tesis se alinea con los compromisos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en particular con el Objetivo de Desarrollo Sostenible **(ODS) 3 - Salud y bienestar**, al abordar aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva, y con el **ODS 5 - Igualdad de género**, al analizar las desigualdades sociales y de género que condicionan la autonomía reproductiva y el acceso a servicios de salud.

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Resumen de los artículos elegidos sobre la edad materna.....	19
Cuadro 2. Resumen de los artículos elegidos en relación al embarazo no planeado, inequidad y los factores asociados.....	24
Cuadro 3. Variables independientes.....	37
Cuadro 4. Cronograma de ejecución	40

Lista de Abreviatura y Siglas

APN	Atención prenatal
AOR	Razón de probabilidad ajustada
BPN	Bajo peso al nacer
DE	Desvío estándar
IC	Intervalo de confianza
IMC	Índice de masa corporal
P	Prevalencia
OR	Odds ratio
RP	Razón de prevalencia
ODS	Objetivos del Desarrollo Sostenible
ONU	Organización Naciones Unidas
CEPAS	Comité de Pesquisa de Área de Salud
CONEP	Comisión Nacional de Ética en Pesquisa
ESRE	Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología
ARSM	Sociedad Americana de Medicina Reproductiva

Sumario

1. Introducción	10
1.1. Marco Teórico	14
2. Justificación.....	33
3. Objetivos	34
3.1. Objetivo general	34
3.2. Objetivos específicos.....	34
4. Hipótesis.....	35
5. Metodología	36
5.1 Delineamiento de investigación.....	36
5.2 Lugar de estudio.	36
5.3 Población.	36
5.4 Muestra.	36
5.6 Recolección de datos.	37
5.7 Variables resultados.....	37
5.8 Variables independientes.....	38
5.9 Instrumento.....	38
5.10 Análisis de los datos.	39
5.11 Aspectos éticos.	40
6. Cronograma de ejecución.....	41
7. Presupuesto Personal.....	42
8. Impacto social y científico.	43
9. Referencias bibliográficas del trabajo.	44
10. Artículo original 1	51
11. Artículo original 2	66
12. Conclusión integrada del trabajo.....	82
13. Anexo	90

1. Introducción

La maternidad, como experiencia de vida, es abordada por una multiplicidad de discursos (social, sanitario, jurídico, mediático, entre otros) que constituyen y delimitan formas hegemónicas del ejercicio de dicha experiencia. Estos discursos y procesos inciden en los modelos culturales que se entrelazan en la construcción de las identidades de las mujeres, a partir del papel que ejerce la maternidad en ellos (Astorino, 2018). Estos procesos se pueden enmarcar dentro de contextos de cambios culturales mucho más amplios, donde un nuevo paradigma- relacionado a la maternidad tardía (Giddens, 1995) donde se presenta a los hijos/as como instancias de pérdida de autonomía y libertad, y de riesgos que asumir en sociedades capitalistas avanzadas y globalizadas, donde los vínculos sociales y sobre todo afectivos se han reconfigurado emergiendo nuevos modelos de pareja y familia (Beck, 2006; Beck & Gernsheim, E, 2012). Así, el concepto de planificación familiar fue siendo repensado a lo largo del tiempo, pasando desde una perspectiva para control del crecimiento poblacional para una visión direccionada a los deseos de las mujeres y de sus familias (Bradley & Casterline, 2014).

La planificación familiar es promovida por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, formando parte del Objetivo 3, relacionado con la salud y el bienestar, y el Objetivo 5, relacionado con la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres (ONU, 2015).

La planificación familiar ayuda a las mujeres a tomar decisiones informadas, lo que puede tener un impacto positivo en su salud y bienestar, así como en el de sus hijos. Al evitar embarazos no planeados, se pueden reducir los riesgos asociados y promover una maternidad más segura (Astorino, 2018; Sedgh et al., 2014). En este sentido, las características de mujeres primíparas (primer embarazo), han ido cambiando a lo largo del tiempo (Martínez-Galiano, 2016; Ramírez et al., 2012)

Observando específicamente la edad materna para tener el primer hijo, es importante destacar que la planificación familiar también incluye este tema. En muchos países, se ha observado un aumento en la edad promedio en la que las mujeres deciden tener su primer hijo. Esto puede deberse a diversos factores, como la búsqueda de estabilidad económica, el acceso a la educación o la priorización de la carrera profesional. (Astorino, 2018; Ramírez et al., 2012). Sin embargo, es crucial tener en cuenta que retrasar demasiado el embarazo puede conllevar ciertos riesgos para la salud tanto de la madre como del bebé, como que aumenta el riesgo de aneuploidía fetal, malformaciones congénitas, síndrome de Down, abortos, parto pretérmino, desprendimiento prematuro de placenta, preeclampsia, diabetes gestacional, cesáreas de urgencia, entre otros (Farias-Antunez et al., 2021; Ramírez et al., 2012; Sedgh et al., 2014; Vranes & Gall, 2013). Por lo tanto, es fundamental que las mujeres estén bien informadas sobre los posibles efectos deletéreos y consideren cuidadosamente el momento adecuado para iniciar su maternidad. La planificación familiar puede brindarles el apoyo necesario para tomar decisiones informadas y garantizar una experiencia de maternidad saludable y satisfactoria. (Astorino, 2018).

Por otra parte, el embarazo no planeado sigue siendo una entidad de un peso muy significativo, donde a pesar de los esfuerzos destinados en salud pública, la accesibilidad a la información y a los métodos anticonceptivos modernos, no es suficiente y es donde subyacen las inequidades. (Beyene, 2019; Costa et al., 2021; Gebrehiwot et al., 2017; Langer, 2002; Moges et al., 2020; Mohamed et al., 2019; Prietsch, 2011; Theme Filha et al., 2016; Yaya et al., 2018)

Los embarazos no planeados se dividen en “no deseados”, cuando la madre no deseaba el embarazo bajo ninguna circunstancia, e “inoportuno”, cuando son deseados, pero ocurren en un momento inadecuado, antes, después o fuera de tiempo. (Sedgh et al.,

2014). Para el presente trabajo se define como “embarazo no planeado” a aquel que ocurre en un momento poco favorable, inoportuno, o que se da en una persona que no quiere reproducirse” (Langer, 2002). Observándose estos dos aspectos de manera separada en la revisión bibliográfica. (Beyene, 2019; Costa et al., 2021; Gebrehiwot et al., 2017; Langer, 2002; Moges et al., 2020; Mohamed et al., 2019; Prietsch, 2011; Theme Filha et al., 2016; Yaya et al., 2018). Se reconoce también en la bibliografía la mención del mismo con diferentes sinónimos como: “embarazo no previsto, no querido, no planeado, no planificado, no intencional, inesperado, imprevisto o inoportuno”. (Beyene, 2019; Gebrehiwot et al., 2019; Langer, 2002; Prietsch, 2011; Theme Filha et al., 2016; Yanealem, 2019). Es importante destacar que esta definición puede variar dependiendo del contexto y las perspectivas individuales.

Otra definición importante es en relación a las inequidades en salud, siendo aquellas diferencias abordables en el estado de salud que sistemáticamente impactan negativamente a los grupos menos favorecidos (Mehta, 2014). A los efectos sobre salud reproductiva, y el embarazo pueden influir la raza y el origen étnico, como constructos sociales o políticos estrechamente relacionados con otros determinantes sociales, en lugar de categorías biológicas o genéticas. Los determinantes sociales pueden incluir pobreza, experiencias de discriminación, encarcelamiento, adicción, estrés crónico, situación de vivienda, situación migratoria e inseguridad alimentaria, estado civil, trabajo, rentas, etc (Finer & Zolna, 2014; Mehta, 2014; Sanah Ali, 2009).

En 2012 aproximadamente el 40% de los embarazos en todo el mundo, es decir, 85 millones de embarazos fueron no planeados. La región con mayor proporción de embarazos no planeados fue América Latina y el Caribe (56%) y la menor África (35%) (Sedgh et al., 2014). El embarazo no deseado es un importante problema de salud pública a nivel mundial y local (Mohamed et al., 2019; Theme Filha et al., 2016; Yaya et al.,

2018). Afecta no solo a las mujeres, sino también a sus familias y a la sociedad. El embarazo no deseado se ha asociado al aborto inducido, una de las causas conocidas de mortalidad materno infantil. (Costa et al., 2021; Organización Mundial de la Salud, 2011; Prietsch, 2011; Sedgh et al., 2014; Yaya et al., 2018).

Estimativas mundiales que usaron datos de diversas fuentes, mostraron pequeños cambios en los porcentajes de embarazos no planeados en los últimos años con tasas que variaron entre 43% en 1995 y 40% en 2012. En general, prevalencias más altas son encontradas en países de baja y media renta (Sedgh et al., 2014). En América Latina y el Caribe, el 56% de los embarazos ocurridos en 2012 fueron no planeados (Sedgh et al., 2014). Según últimos estudios publicados de Brasil muestran que los porcentajes varían del 51% (Maffessoni et al., 2021) a 68% (Costa et al., 2021), siendo esta última prevalencia similar a la ya observada en la ciudad de Rio Grande en el año de 2007 de 65% de embarazos no deseados (Prietsch, 2011).

Dado el contexto presentado brevemente, este proyecto de tesis buscará analizar la prevalencia de embarazos tardíos (35 años o más), la tendencia en la prevalencia de embarazo no planeado en mujeres primíparas y sus inequidades, ambos utilizando datos de cinco estudios perinatales de base poblacional de la ciudad de Rio Grande, RS.

1.1. Marco Teórico

ASPECTOS DEMOGRAFICOS DE LA MATERNIDAD

Cuidar e invertir en la salud de mujeres y niños son componentes vitales del derecho a la salud, que abarcan atención de la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. En Brasil, los resultados de salud materno infantil se ven afectados por las profundas diferencias socioeconómicas y étnicas, inequidades que caracterizan a nuestra sociedad. Para las mujeres, tales desigualdades afectan su propio estado de salud—antes, durante y después del embarazo— al limitar su acceso y uso de los servicios de salud, y pueden propagarse en un ciclo transgeneracional. (Matijasevich et al., 2019).

Brasil es el país más grande de América del Sur geográficamente y el quinto país más grande del mundo. Su transición demográfica se inició a mediados de la década de 1950, cuando se produjo un descenso acelerado de las tasas de crecimiento demográfico como consecuencia de una reducción sostenida de la fecundidad, de 6,1 hijos por mujer en 1960 a 1,7 en 2015. La transición se produjo concomitantemente con las transformaciones culturales, un intenso proceso de industrialización, un aumento de la renta per cápita y los niveles de educación y una disminución constante de la mortalidad infantil (Matijasevich et al., 2019). El aumento de mujeres que optan por retrasar la maternidad refleja la fase de transición demográfica que atraviesa Brasil, donde se evidencia un aumento de los adultos mayores, teniendo menor paridad de hijos y en muchos casos donde se llega al final de la etapa de fecundidad sin dar a luz (Farias-Antunez et al., 2021).

En los países desarrollados, es un fenómeno observable que las parejas han retrasado la maternidad a una edad cada vez más tardía durante las últimas tres décadas. Esta tendencia tiende a ser tan generalizada que los demógrafos han propuesto el término de “*transición demográfica de la postergación*”(Kohler, 2002). Esto ahora,

también se está observando en países en vía de desarrollo. La anticoncepción moderna, especialmente la expansión de la pastilla anticonceptiva desde los años 60 mejoraron la planificación del embarazo, permitiendo posponer la crianza para una edad mayor. El aumento del empleo femenino, la expansión de la educación universitaria, el deterioro económico de los adultos jóvenes, el retraso en abandonar el hogar parental y la formación de pareja ya sea con o sin matrimonio, figura en muchos países como las causas del aumento de la edad media al primer nacimiento entre las mujeres (Beyene, 2019).

Estas tendencias han sido acompañadas por un rápido cambio en los valores familiares, marcados por la resistencia al matrimonio, aumento del divorcio, mayor aceptación a la nuliparidad voluntaria y mayor frecuencia de acuerdos no tradicionales de convivencia. También hay una contribución de la disminución en la brecha de género y el empoderamiento femenino que hace a las mujeres mucho menos dependientes de los hombres. Estos aspectos son más pertinentes en mujeres con educación terciaria quienes tienen más que perder en términos de su carrera en el trabajo, ingreso y estatus social por transformarse en madres y por lo tanto posponen más la crianza que sus contrapartes con menos educación (McLanahan, 2004). A estos factores además se suma un aumento en el desempleo e inestabilidad laboral entre los adultos jóvenes, como también la dificultad de encontrar la pareja adecuada que es citada a menudo como una razón importante para permanecer sin hijos (Fuentes et al., 2021).

ASPECTOS SOCIOCULTURALES-SOCIOECONOMICOS

Tener el primer hijo después de los 30 años se ha vuelto una realidad frecuente en muchas partes del mundo. La edad materna al primer parto ha experimentado un fuerte aumento en muchos países a partir de la década de 1980 y una de las causas más importantes de este fenómeno es la educación. Es un hecho conocido que los niveles

educativos de las mujeres han alcanzado un ritmo más acelerado que los de los hombres en las últimas décadas (Fuentes et al., 2021).

Analizando la teoría, la educación femenina tiene un doble efecto de retraso en la edad al primer nacimiento. El primero ha sido denominado “efecto de incapacitación”, porque el inicio y la finalización de la educación son actividades generalmente incompatibles con la crianza de los hijos. El segundo es un “efecto de aspiración”, porque es una de las razones por las cuales las personas invierten en su capital humano (Becker Gary, 1994). Es probable que el beneficio económico se maximice para las mujeres al retrasar la maternidad. De acuerdo con este punto de vista, en la literatura económica se han enfatizado dos razones principales para posponer el nacimiento de los hijos: el motivo de la *planificación profesional* y el motivo de *moderación del consumo*. El primero de ellos, la *planificación profesional*, plantea que las mujeres tienen su primer hijo cuando es probable que la maternidad ya no represente un obstáculo para su plena realización en el mercado laboral. Esto ocurre generalmente cuando están en la cima de sus carreras o tienen pocas posibilidades de una mayor promoción. Lo anterior deriva del nivel de discriminación de género existente en el mercado laboral de cada país y de la ausencia de instituciones que promueven la plena conciliación de la familia y el trabajo (Becker Gary, 1994).

El efecto de *moderación del consumo* está estrictamente relacionado con lo anterior, ya que establece que preferentemente las mujeres dan a luz cuando es poco probable que los niños afecten negativamente el estándar de consumo de los hogares, es decir, cuando las parejas disponen de suficientes ingresos y riqueza para cubrir los costos agregados. Una interpretación ligeramente diferente de este motivo es que las mujeres (y los padres en general) posponen la maternidad hasta asegurar suficientes recursos que

otorguen las mejores oportunidades de vida, o en términos más técnicos cuando tienen los recursos financieros para invertir en calidad de vida infantil (Becker Gary, 1994)

Otras causas que parecen motivar la postergación de la maternidad son eventuales como no tener una relación de pareja o tener relaciones de pareja inestables (Fuentes et al., 2021).

En relación a la edad materna, si la misma es abordada como problema, la maternidad tardía se ve asociada a la quiebra de determinados modelos familiares, la pérdida de ciertos valores “morales” y a la falta de responsabilidad por parte de las mujeres que optan por esta decisión (Sampedro, 2002). Otros autores desarrollan un giro en el concepto, donde critican el enfoque de la maternidad tardía como problema (tan común en el discurso mediático y sanitario en muchos casos) para dar cuenta de la necesidad de darle un enfoque de género y social, que recupera las experiencias de esas mujeres (Astorino, 2018).

En este sentido, nos resulta válido pensar el ejercicio de estas maternidades tardías como instancias de moratoria social, respecto a las demandas que la sociedad tiene hacia las mujeres, entendiendo que la maternidad ha sido desde siempre una construcción social: las edades para ser madre, la frecuencia de embarazos, la cantidad de hijos, los modelos de pareja y familia, los modos de procesar la afectividad, la crianza y las responsabilidades, han ido cambiando según la época y las culturas para delinear en cada caso la imagen de la “madre ideal” (Zicavo, 2011).

En una investigación sobre la maternidad tardía resulta difícil eludir referencias médicas. En este sentido, existe suficientes consensos para indicar que maternidad tardía es aquella ocurre a partir de los 35 años (ASRM_2024_American Society for Reproductive Medicine, 2024; ESHRE guideline on Ovarian Stimulation for IVF/ICSI,

2025; «Pregnancy at Age 35 Years or Older», 2022; Brown et al., 2025; Flores-López et al., 2023; Glick, I, 2021)

En términos biológicos, como ya señalamos, a partir de dicha edad se comienza a registrar disminución de la fecundabilidad materna, producto de una baja en la calidad ovocitaria de las mujeres, lo que las expone a riesgos y dificultades a la hora de buscar un embarazo. (Fuentes et al., 2021; Sedgh et al., 2014). Una edad materna de 35 años o más puede conllevar ciertos riesgos para la salud tanto de la madre como del bebé, se enfatiza el incremento de frecuencia de la muerte fetal in útero temprana (aborto espontáneo) y tardía con especial mención de algunas patologías (frecuencia del síndrome de Down y otros). Se establece además la frecuencia significativamente mayor de bajo y muy bajo peso de nacimiento, necesidad de hospitalización del recién nacido (morbilidad perinatal) así como el efecto sobre la mortalidad neonatal (Fuentes et al., 2021; Vaquero Gonzales et al, 2022), también hay mayor asociación a enfermedad hipertensiva, diabetes gestacional, oligoamnios y anemia. Inducción del parto y mayor tasa de cesárea (Balestena Sánchez, et al, 2015).

Revisión Bibliográfica

Para la realización de este trabajo la búsqueda de referencias bibliográficas fue realizada en las bases de datos PubMed, Scielo y Lilacs. Fueron realizadas dos revisiones bibliográficas, (A) cambios en la edad materna tardía, y (B) embarazo no planeado, inequidades y factores asociados. A continuación, son presentados los resultados de cada revisión.

A- Edad materna

La llave de búsqueda utilizada incluyó la combinación de los términos primarity e “maternal age”, durante los últimos 10 años. Como resultado de esta búsqueda se creó una biblioteca en Zotero con 3062 resultados iniciales (3010 encontrado en Pubmed, 14 en Scielo, y 38 en Lilacs). Después de descartar los artículos duplicados (n=24) se obtuvo un total de 3038 títulos. Posteriormente, fue realizada la lectura de títulos. En un segundo paso, fueron seleccionaron 23 resúmenes, de los cuales, cinco fueron seleccionados para lectura integral. Finalmente, cuatro artículos fueron incluidos en la revisión y 1 fue descartado por no encontrarse disponible el artículo completo. El flujograma muestra el proceso de búsqueda y selección (Figura 1).

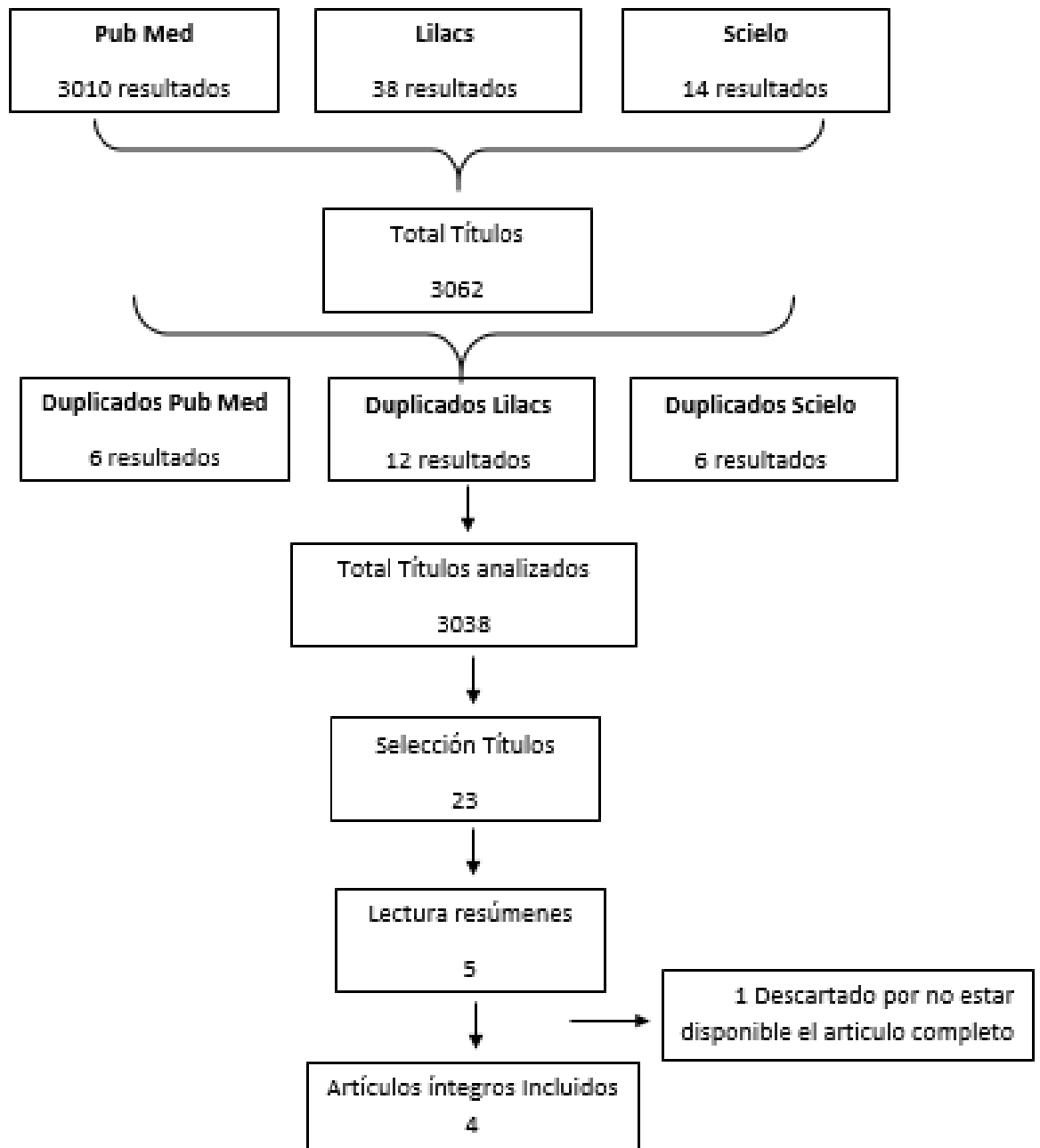


Figura 1. Flujograma de la revisión bibliográfica sobre la edad materna.

Cuadro 1. Resumen de los artículos elegidos sobre la edad materna

Autor, año, Título. Revista de publicación	Tipo de estudio	Lugar	Muestra	Resultados principales
<p>1- Farias-Antunez et al. 2021.</p> <p>“Sociodemographic profile of primiparous mothers from nine birth cohorts in three Brazilian cities”.</p> <p>Public health journals. Scielo Brazil</p>	<p>Serie temporal utilizando cortes transversales de estudios de cohortes.</p>	<p>Ribeirao Preto, Pelotas, Sao Luis. Brasil.</p>	<p>44 615</p> <p>Años 1978, 1982, 1993, 1994, 1997, 2004, 2010 e 2015</p>	<p>Edad, el mayor nivel educativo y ser pertenecientes a grupos de ingresos más ricos fue la característica con el paso de los años.</p> <p>En las primeras cohortes la edad media de las mujeres era 22 años y en las cohortes más recientes la edad media era 25 años.</p>
<p>2- Vranes y Gall. 2013</p> <p>“Secular trends in parental age in Croatia from 1985-2009”</p> <p>J. Biol. Clinic. anthropo. Stuttgart.</p>	<p>Estudo longitudinal de base hospitalar</p>	<p>Zagreb (Croacia)</p>	<p>2414</p> <p>Años 1985 e 2009</p>	<p>La edad de las madres durante el período de estudio (de 1985 a 2009) aumentó 3 años en promedio (de 28,5 a 32,5 años)</p> <p>El porcentaje de madres altamente educadas aumentó.</p> <p>Mujeres viviendo en la ciudad más edad que mujeres viviendo en zona rural.</p>

<p>3- Cao et al. 2022.</p> <p>“Trends in maternal age and the relationship between advanced age and adverse pregnancy outcomes: a population-based register study in Wuhan, China, 2010-2017”</p> <p>ELSEVIER Magazine</p>	<p>Estudio retrospectivo y observacional.</p>	<p>China</p>	<p>583571 gestantes</p> <p>Años 2010 e 2017</p>	<p>Entre 2010 y 2017, la edad materna promedio aumentó de 27,1 años a 29,7 años.</p> <p>La proporción de mujeres ≥ 35 años aumentó de 4,3% a 13,9%.</p>
<p>4- Ramírez et al. 2012</p> <p>“Cambios en la distribución etaria de las madres en Chile y en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile y su influencia en la morbi mortalidad neonatal”</p> <p>Rev. chil. obstet. ginecol. vol.77 no.3 Santiago 2012</p>	<p>Serie temporal utilizando estudios transversales</p>	<p>Chile</p>	<p>5110 gestantes</p> <p>Años 1990 a 2008</p>	<p>Madres >35 años aumentó en más del 50% al comparar los años 1990 (10,2% del total) y 2008 (15,8%)</p> <p>Media de edad era 25 años en 1972 pasó a 29,3 años en 2009.</p> <p>En mujeres de ≥ 40 años, nacimientos han aumentado desde 5.773 nacimientos en el año 1990 (18,7/1.000 nacidos vivos) hasta 7.001 (26,5/1.000 nacidos vivos) en 1999.</p>

En relación a la literatura revisada sobre cambios de la edad materna en primíparas, fue verificado que, según información bibliográfica la edad materna de primíparas mostró una tendencia de aumento en el correr del período estudiado (Cao et al., 2022; Farias-Antunez et al., 2021; Ramírez et al., 2012; Vranes & Gall, 2013), independientemente del período, que varía de la década de los años 1980 hasta la década del 2010.

Se considera importante destacar que el estudio de Farias-Antúnez e col (Farias-Antúnez et al., 2021), el cual evaluó primíparas de diferentes cohortes de estudios de base poblacional de Brasil, mostró que además del aumento de la edad materna, también hubo un aumento en el nivel de escolaridad de las madres evaluadas. Este resultado también fue evidenciado en un estudio realizado en Croacia (Vranes & Gall, 2013).

Entre 2010 y 2017, Cao et al, en el estudio de base poblacional en China, mostraron que la edad materna promedio aumentó de 27,1 años a 29,7 años, y la proporción de mujeres ≥ 35 años aumentó de 4,3% a 13,9% (Cao et al., 2022).

En conclusión, la bibliografía analizada muestra que el promedio de edad materna aumentó produciendo un cambio en la distribución etaria de las madres, respaldando la teoría de un cambio de paradigma en la maternidad citado por Giddens (Giddens, 1995).

B) Embarazo no planeado, inequidad y factores asociados

La llave de búsqueda utilizada incluyó la combinación de los términos "unplanned pregnancy" OR "unwanted pregnancy" OR "unintended pregnancy" , combinados con los terminos "associated factors" e "health inequities". La búsqueda arrojó 1290 títulos (1255 en PubMed, 20 en Lilacs y 15 Scielo) de ese total de 1290 artículos se excluyeron 6 que aparecían duplicados quedando 1284 artículos referidos a embarazo no planeado y

factores asociados, A dicha búsqueda se agregó la llave de inequidades en salud sumándose 46 artículos dando un total de 1284 artículos. De los mismos, 59 fueron elegidos en la primera revisión. Posteriormente se trabajó con 17 resúmenes, y 15 lecturas integrales, 2 artículos se descartaron por no estar disponibles completos de forma gratuita y requerir pago. Como resultado de esta búsqueda se creó una biblioteca en Zotero. El flujograma muestra el proceso de búsqueda y selección (figura 2). Posteriormente se vinculó Zotero con Word para las citas bibliográficas sistematizada.

La presente revisión incluye embarazos no planeados para todas las mujeres, independientemente de la paridad. Diversas llaves de búsqueda con la inclusión de la palabra “primiparity” fueron testeadas, sin embargo, los resultados de las búsquedas no fueron satisfactorios. Dado que estudios de embarazo no planeados específicamente no grupo de primíparas no fueron hallados, fue decidido retirar la palabra “primiparity” de la búsqueda e incluir estudios de embarazo no planeado independientemente de la paridad.

Se incluyeron artículos en idioma inglés, español y portugués, en los últimos 12 años. Se seleccionaron aquellos artículos que daban respuesta a los objetivos planteados.

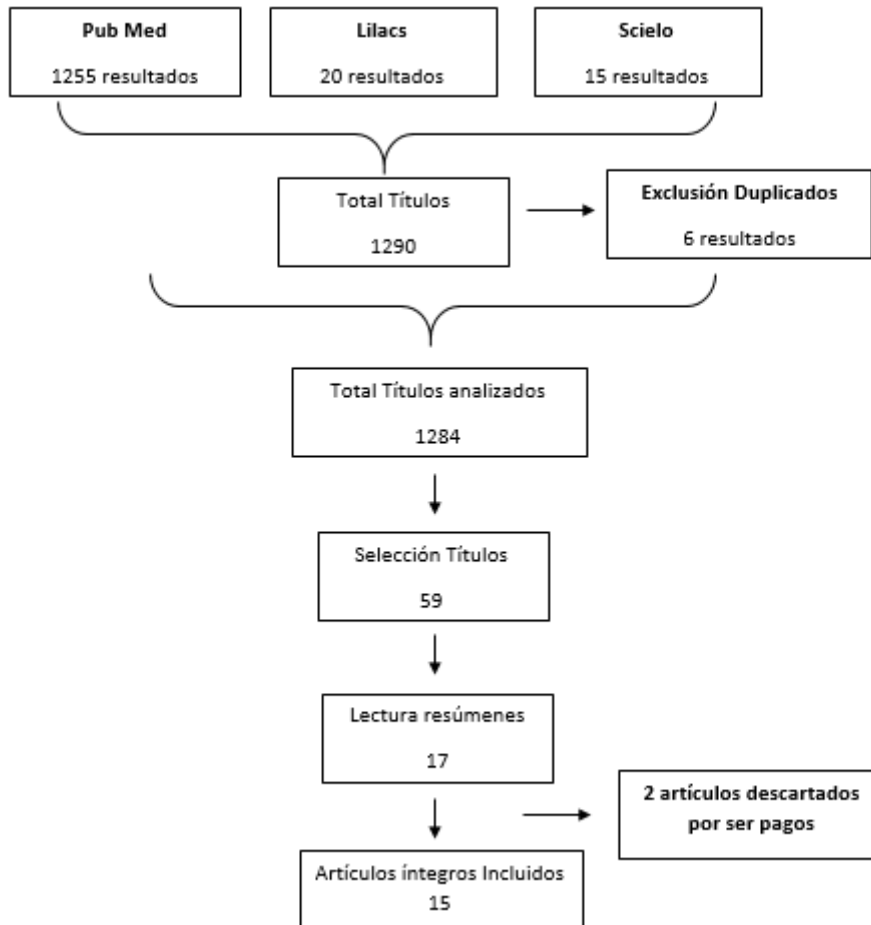


Figura 2. Flujograma de la revisión bibliográfica sobre embarazo no planeado, inequidad y factores asociados.

Cuadro 2. Resumen de los artículos elegidos en relación al embarazo no planeado, inequidad y los factores asociados

Autor, año de publicación. Título. Revista	Tipo de estudio	Lugar	Muestra	Resultados principales
1- Goossens et al. 2016 “The prevalence of unplanned pregnancy ending in birth, associated factors, and health outcomes”. Human Reproduction.	Estudio transversal en 6 hospitales de Bélgica de mayo a septiembre 2015.	Bélgica	517 mujeres embarazadas que terminaron en parto Base Hospitalaria	Prevalencia (P) de embarazo no planeado: 2% P de embarazos ambivalentes: 15% Factores asociados al embarazo no planeado: multigrávidas (IC del 95 %: -0,30 a -0,02), menos educadas (IC del 95 %: 0,07-0,85), solteras o que no tienen una relación de convivencia (IC del 95 %: 0,01-2,53). Los embarazos no planeados se asociaron con mujeres de menor nivel socioeconómico, estilo de vida menos saludable y menos apoyo social.
2- Beyene. 2019. “Prevalence of unintended pregnancy and associated factors among pregnant mothers in Jimma town, southwest Ethiopia: a cross sectional study26ssoci”. BMJ Contraception and Reproductive Medicine.	Estudio transversal. Mayo- junio 2016.	Etiopia	356 mujeres embarazadas	P de embarazos no deseados: 36,5% (IC 95%: 31-42%) (27,2% fueron no deseados-que no querían reproducirse- y 9,3% inoportunos que querían, pero fue antes de tiempo). Factores asociados al embarazo no planeado: Edad materna mayor de 35 años, nivel educativo y laboral de la madre, mayor tamaño familiar, menor número de hijos deseados y menor conocimiento de métodos anticonceptivos modernos.
3- Moges. 2020 “Factors Associated with the Unplanned Pregnancy at Suhul General Hospital, Northern Ethiopia, 2018”	Estudio transversal basado entre embarazadas que visitaron el seguimiento de atención prenatal	Etiopia	379 madres embarazadas	P embarazo no planeado: 20,6%. Factores asociados significativamente al embarazo no deseado: Mujeres solteras [AOR: 4,73, IC 95%: (1,56, 14,33)], mayores de cuarenta años [AOR: 4,17, IC 95%: (1,18, 14,6)], sin antecedentes de embarazo no planeado [AOR: 3,26 IC 95% : (1.65, 6.44)], y desempleados [AOR: 6.79; IC 95%:

Hindawi. Pregnancy diary.	de febrero a abril de 2018 en el Hospital General de Suhul, Shire y el norte de Etiopía.			(2.05, 22.46)] El embarazo no planificado ocurrió principalmente por no usar anticonceptivos, o al uso inconsistente o incorrecto de los mismos.
4- Gebrehiwot et al 2019. “Magnitude and Associated Factors of Unintended Pregnancy among Pregnant Women at Saesie Tsaeda Emba Woreda Eastern Zone of Tigray, North Ethiopia, 2018” Hindawi. Pregnancy diary.	Estudio transversal de base institucional	Etiopia	345 mujeres embarazadas	P de embarazo no planeado: 24,9%. (de eso 25,8 fue no deseado y 74,4% fue embarazos inoportunos) La edad media fue de 25 DE ± 4,6. Factores asociados: Las mujeres empleadas tuvieron un 60% menos probabilidad de tener un embarazo no deseado (AOR 0,4, IC del 95 %: 0,015, 0,785). Las mujeres solteras tenían 1,4 veces más probabilidades de tener un embarazo no deseado (ORA 1,4, IC 95%: 1,005, 3,675). Los embarazos no deseados entre quienes tenían información sobre planificación familiar tenían alrededor de un 70 % menos de probabilidad de embarazo no deseado informado que sus contrapartes (AOR 0,3, IC del 95 %: 0,067, 0,845). Estado civil, estado ocupacional, tener información sobre planificación familiar, discutir con sus parejas sobre anticonceptivos se encontraron los principales factores de embarazo no deseado.
5- Mohamed et al. 2019 “Prevalence, determinants, and outcomes of unintended pregnancy in Sohag district, Egypt” Journal of the Egyptian Public Health Association.	Estudio trasversal, en el distrito de Sohag, 2016	Egipto	554 mujeres	P embarazo no deseado 30,7%. De las cuales 13% fue no deseado y 17,7% fue inoportuno. El análisis de regresión mostró que las mujeres jóvenes < 30 (OR = 2,24, IC 95 % 1,12–4,48, p = 0,02), los esposos jóvenes ≤ 30 (OR = 5,44, IC 95 % 1,14–26,11, p = 0,03), las mujeres que trabajan por dinero en efectivo (OR = 6,16, IC 95 % 3,15–13,92, p < 0,0001), ingreso mensual ≤ 1200 LE (OR = 34, IC 95 % 6,41–187,52, p < 0,0001) y espaciamiento < 24 meses (OR = 8,79, 95 % IC 4,33–17,80, p < 0,0001) fueron factores de riesgo de embarazo inoportuno. Por otro lado, las mujeres

				que trabajan por dinero en efectivo (OR = 11,43, IC 95% 3,22–40,62, p < 0,0001), hijos vivos ≥ 5 (OR = 11,45, IC 95% 2,84–46,07, p = 0,001), y la percepción de la mujer del tamaño de su familia como superior al ideal (OR = 394,8, IC 95% 97,36-1601,17, p < 0,0001) fueron factores de riesgo para embarazo no deseado. Los embarazos inoportunos y no deseados se asociaron significativamente con el inicio tardío de la atención prenatal, el bajo peso al nacer y la falta de lactancia. Además, los embarazos no deseados se asociaron con más complicaciones en el embarazo. La prevalencia de embarazos no deseados fue significativamente mayor en mujeres mayores de 40 años (54,5%)
6- Yaya et al 2018. “Prevalence and determinants of terminated and unintended pregnancies among married women: analysis of pooled cross-sectional surveys in Nigeria” BMJ Global Health.	Estudio de datos transversales agrupados de tres rondas de la Encuesta Demográfica y de Salud de Nigeria (NDHS) 2003, 2008 y 2013	Nigeria.	79 825 mujeres	P de embarazo no deseado fue de 11%. La edad media (\pm DE) de los encuestados fue de 28,7 años (\pm 9,6). Las mujeres mayores tuvieron un aumento en las probabilidades de embarazos interrumpidos, en comparación con las mujeres de 15 a 19 años, mientras que ocurrió lo contrario para los embarazos no deseados en el modelo ajustado. Las mujeres educadas tenían probabilidades significativamente más altas de embarazos interrumpidos y no deseados en comparación con las mujeres sin educación formal. Las mujeres con un índice de riqueza más alto tenían más probabilidades de tener embarazos no deseados o interrumpidos después de ajustar por otras covariables.
7- Yanealem.2019. “Prevalence and associated factors of unintended pregnancy among pregnant woman in	Estudio transversal basado en la comunidad entre mujeres embarazadas	Etiopia	325 mujeres embarazadas	P embarazo no planeado 20,6% de las cuales 6,8 fueron inoportunas y 13,8 no deseadas. Con una edad materna media de 26,16 \pm DE 4,79. El embarazo no deseado se asoció con el tamaño de la familia (≥ 4) (AOR = 2,92; IC 95% 1,605, 5,31), estado civil (soltero) (AOR = 12,59; IC 95% 5,18, 30,6) y edad al primer embarazo < 18 años AOR (IC 95%) 3,02

Gondar town, North west Ethiopia, 2014” BMC Research Notes				(1,522, 6,245). Por lo tanto, es importante asesorar adecuadamente a las mujeres sobre la mentalidad positiva sobre su mecanismo de prevención y sus consecuencias de embarazos no deseados.
8- Prietsch et al. “Unplanned pregnancy in Southern Brazil: prevalence and associated factors”. Cad. Saúde Publica.Rio de Janeiro 27(10):1906-1916.out 2011	Estudio trasversal 2007	Rio Grande Brasil.	2,557 mujeres embarazadas	P de embarazo no planeado 65% Las siguientes variables se asociaron significativamente con el embarazo no planificado: raza negra o mestiza, edad < 20 años, estado civil soltero, bajos ingresos familiares, hacinamiento en el hogar, tabaquismo y multiparidad. El aborto previo fue un factor protector contra el embarazo no planificado. Baja escolaridad materna no mostró asociación significativa con el embarazo no planeado.
9- Maffessoni et al. 2021 “Epidemiological profile of unplanned pregnancies in a reference hospital in the west of Paraná” Femina. 2021;49(12):682-9	Estudio analítico trasversal	Toledo. Paraná. Brasil	327 embarazadas	P embarazos no planificados 51,6% (n = 169). Hacia las participantes con embarazos no planificados tuvieron 0,4 embarazos más (p = 0,004); el 68 % (n = 98) de este grupo no eran blancos (p = 0,009); 60,9% (n = 103) estaban casados o en una relación estable; El 17,2% (n = 29) tenía ingresos de hasta un salario mínimo (p = 0,007); El 50,3% (n = 85) no utilizaba métodos anticonceptivos. Los participantes cuyos embarazos no son planeados son multíparas, más jóvenes y no blancas, tienen menores ingresos y escolaridad, mayor proporción de mujeres solteras y mayor prevalencia de anemia gestacional.
10- Costa. 2021. “Prevalência e fatores associados à gravidez não	Estudio transversal anidado dentro de la cohorte hospitalaria de nacimiento.	Sao Luis. Maranhao. Brasil.	5.110 puérperas	P embarazo no planificado fue del 68,1%. El análisis multivariado mostró asociación con color/raza negra (RP=1,03; IC95%= 1,01-1,07), rango de edad de la madre hasta 19 años (RP=1,09; IC95%= 1,06-1,12) y de 20 a 24 años

<p>planejada em uma capital do Nordeste Brasileiro”</p> <p>Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil.</p>			<p>(RP=1,04; IC95%= 1,01-1,07), no vivir en pareja (RP=1,09; IC95%= 1,07-1,11), mayor el número de personas en el hogar: 5 personas (RP= 1,10; IC95%= 1,08-1,13) y de 3 a 4 (RP=1,08; IC95%= 1,05-1,10), número de ≥ 4 hijos (RP=1,09; IC95%= 1,06-1,13) y 2 o 3 hijos (RP=1,03; IC95%= 1,02-1,05), consumo de alcohol (RP=1,03; IC95%= 1,01-1,05), IMC pregestacional de desnutrición (RP=1.03; IC95%= 1.01-1.06). No se encontró asociación positiva entre la baja escolaridad materna y el embarazo no planeado. El aborto previo se asoció inversamente con embarazo planificado (RP=0,95; IC95%= 0,93-0,97).</p> <p>La prevalencia de embarazos no planeados fue alta y se asoció con características socioeconómicas y demográficas que reflejan la combinación de complejas desigualdades que afectan a las mujeres y sus parejas.</p>
<p>11- Sedgh et al. 2012.</p> <p>“Intended and Unintended Pregnancies Worldwide in 2012 and Recent Trends”</p> <p>Stud Fam Plann. 2014 September ; 45(3): 301–314.</p>		<p>Estudio estadístico mundial. publicado en Nueva York</p>	<p>La tasa mundial de embarazos disminuyó sustancialmente entre 1995 y 2008, y solo ligeramente de 2008 (213 millones) a 2012 (211 millones).</p> <p>En 2012: P embarazos no deseados: 40% De ellos el 50% terminaron en aborto, el 13% en aborto espontaneo y el 38% en embarazo no planificado. La tasa de embarazos no planificados siguió disminuyendo en África, América Latina y el caribe entre 2008 y 2012, al igual que entre 1995 y 2008. Aproximadamente el 40% de los embarazos en todo el mundo, es decir 85 millones de embarazos, fueron no deseados en 2012. La región con mayor proporción de embarazos no deseados fue América Latina y el Caribe con 56% y la menor África con el 35%</p>

<p>12- Theme-Filha et al.</p> <p>"Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012"</p> <p>The Author(s) Reproductive Health 2016, 13(Suppl 1)</p>	<p>Estudio transversal</p>	<p>Brasil</p>	<p>23.894 mujeres después del parto</p>	<p>P embarazo no deseado: 55.4 %. Se clasificó en tres categorías: embarazo intencional, mal programado o no deseado.</p> <p>Factores asociados: edad materna < 20 años (OR=1,89; IC 95%:1,68-2,14) color de piel moreno (OR=1,15; IC 95% 1,04-1,27) o amarillo (OR=1,56;IC 95% 1,05-2,32); no tener pareja (OR=2,32;IC 95% 1,99-2,71); no tener trabajo remunerado (OR=1,15; IC 95%1,04-1,27; abuso de alcohol con riesgo alcoholismo (OR=1,25; IC 95%1,04-1,50) y haber tenido tres o más partos (OR=2,01;IC95%1,63-2,47). Los mismos factores se asociaron con el embarazo no deseado, aunque la fuerza de las asociaciones fue generalmente mayor.</p>
<p>13- Mehta Dooha</p> <p>"Addressing reproductive health disparities as a healthcare management priority: pursuing equity in the era of the Affordable Care Act"</p> <p>Current Opinion in Obstetrics & Gynecology</p>	<p>2014</p>	<p>Estados Unidos</p>	<p>Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar</p>	<p>Importantes disparidades raciales y étnicas en los resultados de salud materna y reproductiva, lo que ha contribuido a malos resultados y a un aumento de los costos. Las tasas de mortalidad relacionada con el embarazo son hasta tres veces mayores en las mujeres negras en comparación con las mujeres blancas no hispanas, y el riesgo de morbilidad materna grave también es significativamente mayor en las mujeres negras e hispanas. El embarazo no deseado tiene el doble de probabilidad en mujeres pertenecientes a minorías. En estas disparidades están implicados el estatus de seguro, el nivel socioeconómico y los determinantes sociales más amplios de la salud.</p>
<p>14- Finer and Zolna.</p>	<p>2014</p>	<p>Estados Unidos</p>	<p>Encuesta Nacional de</p>	<p>En 2008, el 51% de los embarazos en los Estados Unidos fueron no deseados y la tasa de embarazos no deseados fue de 54 por cada 1000 mujeres de 15 a 44 años. Entre 2001 y 2008,</p>

<p>“Shifts in Intended and Unintended Pregnancies in the United States, 2001–2008”</p> <p>American Journal of Public Health</p>			<p>Crecimiento Familiar</p>	<p>los embarazos planificados disminuyeron y los embarazos no planificados aumentaron, un cambio que no se había observado anteriormente. Aumentaron las grandes disparidades en embarazos no deseados según estado civil, ingresos y educación; disminuyó el porcentaje de embarazos no deseados que terminaron en aborto; y la tasa de embarazos no deseados que terminaron en nacimiento aumentó, llegando a 27 por 1.000 mujeres. Para reducir los embarazos no deseados probablemente sea necesario abordar desigualdades socioeconómicas fundamentales, así como aumentar el uso de anticonceptivos y la adopción de métodos altamente eficaces.</p>
<p>15- Sanah Ali et al. 2009</p> <p>The epidemiology of unplanned pregnancies in North-Central Trinidad</p> <p>Freund Publishing House Ltd. Int J Adolesc Med Health H 2009;21(1):73-77</p>	<p>Estudio trasversal</p>	<p>Centro norte de Trinidad</p>	<p>172 embarazadas</p>	<p>Epidemiología del embarazo no planeado, evaluar nivel de educación, estado civil, religión, etnia, factores socioeconómicos. De las 172 embarazadas, 103 no habían planeado el embarazo (64%). De las que no planearon el embarazo, 60,8% refiere se debió a la falta de uso de anticonceptivos, el 30% a la falla de los anticonceptivos a pesar del uso adecuado y el 10% al mal uso. La única asociación notable con los embarazos no planeados fue haber tenido un embarazo no planeado previo. La alta prevalencia de embarazos no planeados se relacionó con los efectos de la anticoncepción, la propiedad de la vivienda y los embarazos no planeados previos.</p>
<p>P: prevalencia; AOR: Razón de probabilidad ajustada; DE: Desvío estándar; IC: Intervalo de confianza; OR: Odd ratio; RP: Razón de prevalencia</p>				

2. Justificación

La ciudad de Rio Grande en el sur de Brasil está ubicada en un área relativamente desarrollada del país. Es de tamaño mediano, con alrededor de 210.000 habitantes y una distribución del ingreso altamente inequitativa. Durante los años de 2007, 2010, 2013, 2015 y 2019, fueron realizados estudios poblacionales que incluyeron todos los nacimientos en la ciudad, brindando la oportunidad de investigar las tendencias de edad materna y embarazo no planeado en mujeres primíparas. Este aspecto tiene gran relevancia desde la planificación estratégica en Salud Pública, tanto a nivel local como nacional. Analizar y conocer la realidad de las mujeres primíparas puede servir como herramienta para mejorar acciones o intervenciones a la hora de planificar políticas públicas en relación a la maternidad en las mujeres del sur de Brasil. Tanto la postergación de la maternidad como el embarazo no planeado, pueden conllevar a un mayor riesgo de la salud materno infantil, con implicancias tanto para el binomio madre-hijo y su familia como para el sector de salud.

La bibliografía en relación a aspectos sociodemográficos en mujeres primíparas es escasa, factor que nos motiva a publicar este trabajo, como forma de contribuir a la evidencia de este aspecto en la planificación familiar, teniendo en cuenta que trasciende de la salud al contexto sociocultural y económico.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

- Analizar la prevalencia de maternidad tardía (35 años o más) en mujeres primíparas y comparar el perfil de estas mujeres a lo largo de 13 años (entre 2007 a 2019).
- Describir las inequidades socioeconómicas en los embarazos no planeados entre mujeres primíparas, con nacimiento de los hijos en un periodo de 13 años (2007 a 2019) en Rio Grande, Brasil.

3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar la muestra de acuerdo con variables demográficas y socioeconómicas.
- Describir y comparar la prevalencia de edad materna tardía en mujeres primíparas en la ciudad de RG en los años 2007, 2010, 2013, 2016, 2019.
- Describir el perfil sociodemográfico, laboral y de comorbilidades de las mujeres con edad materna tardía en 2007, 2010, 2013, 2016, 2019.
- Describir y comparar la prevalencia de embarazo no planeado en mujeres primíparas en los años 2007, 2010, 2013, 2016 e 2019.
- Estudiar los factores demográficos, socioeconómicos, y uso de métodos anticonceptivos con el embarazo no planeado en mujeres primíparas en los años 2007, 2010, 2013, 2016 e 2019.
- Verificar el promedio de edad materna en embarazos no planeados en los años 2007, 2010, 2013, 2016 e 2019.
- Analizar las inequidades socioeconómicas (renta familiar total y escolaridad materna) entre mujeres primíparas con embarazo no planeado.

4. Hipótesis

- Habrá un aumento en la prevalencia de embarazos en edad tardía en mujeres primíparas en el período de 2007 a 2019.
- Habrá una disminución en la prevalencia de embarazos no planeados en primíparas en dicho período.
- El embarazo no planeado será más frecuente en primíparas más jóvenes, con menor renta familiar, menos escolarizadas, que no tenían marido o compañero.
- Mujeres con embarazo no planeado tendrán menor prevalencia de uso métodos anticonceptivos, en comparación a mujeres que planearon el embarazo.
- El promedio de edad de embarazos no planeados va a aumentar a lo largo del período de 2007 a 2019.
- Habrá inequidades socioeconómicas entre mujeres con embarazo no planeado, y esas inequidades serán mantenidas a lo largo del período de 2007 a 2019.

5. Metodología

Los datos para el presente proyecto fueron recogidos previamente. Detalles de los estudios son explicados en los puntos siguientes.

5.1 Delineamiento de investigación.

Estudio de panel, utilizando cinco estudios de corte transversal realizados en 2007, 2010, 2013, 2016 y 2019 (Estudios Perinatales de Rio Grande).

5.2 Lugar de estudio.

Municipalidad de Rio Grande, sudeste de Brasil.

5.3 Población.

Mujeres residentes del área urbana o rural de la ciudad de Rio Grande y que tuvieron parto en las dos únicas maternidades de esta ciudad, en los años 2007, 2010, 2013, 2015 o 2019.

Las madres fueron entrevistadas en la maternidad en el momento del parto. Se ha estimado que de los aproximadamente 2.400 nacimientos que se lleva a cabo anualmente en Río Grande, el 99% de ellos ocurriría en una de estas dos maternidades, siendo así es considerado un estudio de base poblacional.

5.4 Muestra.

Mujeres primíparas participantes de los estudios transversales en los años 2007, 2010, 2013, 2016 y 2019.

El tamaño de muestra no será calculado, ya que, como explicado anteriormente, los datos ya fueron colectados y los cinco estudios son de base poblacional, incluyendo casi la totalidad de nacimientos de la ciudad de Rio Grande.

5.5 Criterios de inclusión /exclusión.

Se estableció como criterio de inclusión a todas las puérperas residentes en las áreas urbana o rural de Rio Grande entre 2007, 2010, 2013, 2016 e 2019, en los siguientes hospitales: Hospital Universitario Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. da Universidad Federal de Rio Grande (HUFURG) y en la Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande (SCMRG), cabe aclarar que al ser las únicas dos maternidades donde se realizan nacimientos esta información tiene el valor como de censo poblacional, a pesar de no serlo fehacientemente. Siendo requisito haber nacido vivo por lo menos con 20 semanas de gestación o 500 gramos de peso. Excluyendo a aquellos nacimientos que no fueron primíparas.

5.6 Recolección de datos.

La recolección de los datos fue realizada por entrevistadoras entrenadas, personalmente, cara a cara, en las primeras 48 horas después del parto.

5.7 Variables resultados.

En el artículo 1, la variable resultado será el embarazo en edad tardía, definida como 35 años o más al momento del parto.

En el artículo 2, la variable resultado será embarazo no planeado en mujeres primíparas, que fue colectado a través de la pregunta: La Sra. planeó tener este hijo o se embarazo sin querer? Las opciones de respuesta eran: (1) Fue planeado, (2) Sin querer, e,

(3) Mas o menos. La variable será codificada de forma binaria: embarazo no planeado si/no; siendo que la categoría (3) Más o menos, será incluida en la categoría “no”. En ambos los artículos, la muestra será restringida a primíparas, por tanto, la variable paridad será usada como filtro.

5.8 Variables independientes.

Cuadro 3. Variables independientes

Variable	Tipo de variable
Edad materna*	Catagórica (<20, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34, 35 o más años) o continua
Renta familiar total	Cuartiles (variable original en reales)
Escolaridad materna	Catagórica (0 a 4, 5 a 8, 9 a 11 o 12 años o más completos de estudios formales)
Color de piel/etnia	Catagórica (negra, parda, blanca, amarillo, indígena)
Estado civil	Dicotómica (casada: si/no)
Trabajo formal	Dicotómica (si/no)
Comorbilidades <ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión Arterial - Diabetes - Anemia 	Dicotómica (si/no) Dicotómica (si/no) Dicotómica (si/no)
*En la evaluación de la edad materna a lo largo del período de 13 años, la edad materna será considerada variable resultado.	

5.9 Instrumento.

Cuestionario estructurado con preguntas de respuesta cerradas, dividido en bloques titulados con letras desde la “A” a la “K”, según área temática, con un total de 508 ítems (ANEXO).

5.10 Análisis de los datos.

En primer lugar, será realizado un análisis descriptivo de la muestra usando valores absolutos y relativos para variables categóricas y media y desvío estándar (simétricas) o mediana e intervalo Inter cuartil (asimétricas) para variables continuas. Es pretendido mostrar los análisis estratificados por año de estudio, para esto, será testeada interacción entre la respectiva variable resultado (edad materna tardía/ embarazo no planeado) y una variable indicadora del año de los diferentes estudios perinatales (2007, 2010, 2013, 2016 y 2019).

Para comparar la prevalencia de la variable resultado en las diferentes categorías de las variables independientes categóricas nominales será utilizado el test Chi Cuadrado de Pearson; y en el caso de variables independientes ordinales será realizada la prueba de tendencia lineal. Para evaluar si hubo un cambio del promedio de edad materna en embarazos no planeados en los diferentes años, será utilizado el test T de Student.

Para evaluar la magnitud de las inequidades del embarazo no planeado con la renta familiar y la escolaridad materna serán utilizados dos índices resumidos: *slope index* (SII), que es una medida de desigualdad absoluta, y *concentration index* (CIX), que refleja desigualdades relativas. Ambos índices van de -100 a +100, donde el cero representa la igualdad; valores positivos indican que la variable resultado presente mayor prevalencia en los grupos más ricos/más escolarizados; y valores negativos indican que el resultado es más común entre los más pobres/menos escolarizados. También serán evaluadas las desigualdades absolutas y relativas comparando los cuartiles extremos de renta familiar total y los grupos de escolaridad materna extremos (0 a 4 años de estudios y 12 o más años de estudios). Medidas absolutas serán calculadas como la diferencia entre el mayor y el menor grupo, expresados en puntos porcentuales, mientras que la medida relativa es la relación entre los cuartiles/grupos extremos y puede interpretarse como como “cuántas

veces” el resultado es mayor en el cuartil/grupo más alto frente al cuartil/grupo más desfavorecido. También será mostrado el gráfico *equiplot* que muestra los posibles patrones de desigualdad de la variable resultado de forma visual.

5.11 Aspectos éticos.

Todos los protocolos de investigación fueron aprobados por el Comité de Ética en Investigación del Área de Salud (CEPAS) de la FURG, este vinculado al CONEP, sobre investigación de 2007 (informe 05369/2006); 2010 (informe 06258/2009); 2013 (informe 02623/2012); 2016 (informe 0030-2015) y 2019 (informe 278/2018). Todos los procedimientos realizados en este estudio fueron de acuerdo con la legislación vigente en el momento de la evaluación. Se garantizó la confidencialidad de los datos en todo momento.

6. Cronograma de ejecución

Cuadro 4. Cronograma de ejecución

Cronograma de Actividades	1° trimestre 2023	2° trimestre 2023	3° trimestre 2023	1° trimestre 2024	2° trimestre 2024	3° trimestre 2024	1° trimestre 2025	2° trimestre 2025	3° trimestre 2025
Búsqueda bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Redacción y Elaboración del proyecto	X	X	X						
Defensa del proyecto			X						
Análisis estadístico de los datos			X	X	X	X	X		
Escrita de los artículos				X	X	X	X	X	
Presentación proyecto final								X	
Envío del primer artículo para publicación								X	
Defensa de la tesis									X
Envío del segundo artículo para publicación									X

7. Presupuesto Personal.

Recurso	Cantidad	Precio Unitario (\$ Arg)	Precio total (\$ Arg)
Notebook	1	1.200.000	1.200.000
Wifi mensual	48 meses	20.000	960.000
Total			2.160.000

8. Impacto social y científico.

Brindar información acerca de la tendencia de la edad materna al momento de su primer embarazo. Aportar valor social difundiendo este material como forma de servir de base al cambio de paradigma donde las mujeres puedan elegir no ser madres si no lo desean, postergar voluntariamente la maternidad y que no haya una carga sociocultural por esta elección. Que puedan decidir informadas sobre la maternidad y así todo esto sea seguro para ellas tomando todos los recaudos disponibles de la mano de la medicina, endocrinología, psicología, nutrición y evidencia científica para un embarazo, nacimiento y 1000 días seguros.

El embarazo no planificado sigue siendo sustancialmente alto y al asociarse a determinadas características socioeconómicas, demográficas. Se ve reflejada la combinación de desigualdades complejas que impactan a las mujeres que lo padecen y sus entornos. Siendo una necesidad trabajar por superar las desigualdades como una forma importante de reducir la prevalencia del embarazo no planeado y acompañar al cambio sociocultural y económico de la realidad de la mujer hoy.

9. Referencias bibliográficas del trabajo.

- Adair, L. S., Fall, C. H., Osmond, C., Stein, A. D., Martorell, R., Ramirez-Zea, M., Sachdev, H. S., Dahly, D. L., Bas, I., Norris, S. A., Micklesfield, L., Hallal, P., & Victora, C. G. (2013). Associations of linear growth and relative weight gain during early life with adult health and human capital in countries of low and middle income: Findings from five birth cohort studies. *The Lancet*, 382(9891), 525-534. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60103-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60103-8)
- ASRM_2024_American Society for Reproductive Medicine (The use of preimplantation genetic testing for aneuploidy (PGT-A): Committee Opinion). (2024).
- Astorino, J. (2018). *La maternidad tardía en sectores medios de la ciudad de buenos aires: Nuevas prácticas y modelos culturales*.
<http://jornadassociologia.fahce.unlp.edu.ar>
- Balestena Sánchez, et al. (2015). La edad materna avanzada como elemento favorecedor de complicaciones obstétricas y del nacimiento. *Rev Ciencias Médicas, Pinar del Río*, v. 19, n. 5, p. 789-802, oct. 2015. <http://scielo.sld.cu/scielo.php?>
- Beck, U. (2006). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Paidós.
- Beck, U., & Gernsheim, E. (2012). *Amor a distancia. Nuevas formas de vida en la era global*. Paidós.
- Becker Gary, S. (1994). *Capital humano: Un análisis teórico y empírico, con especial referencia a la educación*. Prensa de la Universidad de Chicago.
- Beyene, G. A. (2019). Prevalence of unintended pregnancy and associated factors among pregnant mothers in Jimma town, southwest Ethiopia: A cross sectional study. *Contraception and Reproductive Medicine*, 4, 8.
<https://doi.org/10.1186/s40834-019-0090-4>

- Bradley, S. E. K., & Casterline, J. B. (2014). Understanding unmet need: History, theory, and measurement. *Studies in Family Planning*, 45(2), 123-150.
<https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2014.00381.x>
- Brown, A., Hamilton, B., Kissin, D., & Martin, J. (2025). *Trends in Mean Age of Mothers in the United States, 2016 to 2023*. National Center for Health Statistics (U.S. <https://doi.org/10.15620/cdc/174598>
- Cao, J., Xu, W., Liu, Y., Zhang, B., Zhang, Y., Yu, T., Huang, T., Zou, Y., & Zhang, B. (2022). Trends in maternal age and the relationship between advanced age and adverse pregnancy outcomes: A population-based register study in Wuhan, China, 2010-2017. *Public Health*, 206, 8-14.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.02.015>
- Costa, A. C. M., Oliveira, B. L. C. A. D., & Alves, M. T. S. S. D. B. E. (2021). Prevalence and factors associated with unplanned pregnancy in a Brazilian capital in the Northeast. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 21(2), 461-471. <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000200007>
- ESHRE guideline on Ovarian Stimulation for IVF/ICSI*. (2025). European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/COS/2025/ESHRE-OS-guideline-update_adapted-28102025.pdf
- Farias-Antunez, S., Simões, V. M. F., Cardoso, V. C., & Silveira, M. F. da. (2021). Sociodemographic profile of primiparous mothers from nine birth cohorts in three Brazilian cities. *Cadernos de Saude Publica*, 37(4), Article 4.
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00057520>

- Finer, L. B., & Zolna, M. R. (2014). Shifts in Intended and Unintended Pregnancies in the United States, 2001–2008. *American Journal of Public Health, 104*(S1), S43-S48. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301416>
- Flores-López, B., Naves-Sánchez, J., Sosa-Bustamante, G. P., González, A. P., Luna-Anguiano, J. L. F., & Paque-Bautista, C. (2023). [Maternal and perinatal morbidities associated to advanced age in pregnant women]. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social, 61*(Suppl 2), S83-S89.
- Fuentes, A., Sequeira, K., & Tapia-Pizarro, A. (2021). Efectos demográficos, clínicos y biológicos de la postergación de la maternidad. *Revista Médica Clínica Las Condes, 32*(2), 146-160. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.10.002>
- Gebrehiwot, S. W., Abera, G., Tesfay, K., & Tilahun, W. (2019). Short birth interval and associated factors among women of child bearing age in northern Ethiopia, 2016. *BMC Women's Health, 19*(1), 85. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0776-4>
- Gebrehiwot, S. W., Azeze, G. A., Robles, C. C., & Adinew, Y. M. (2017). Utilization of dual contraception method among reproductive age women on antiretroviral therapy in selected public hospitals of Northern Ethiopia. *Reproductive Health, 14*(1), 125. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0390-6>
- Giddens, A. (1995). *Modernidad e Identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Ediciones Península.
- Glick, I. (2021). *Management of pregnancy in women of advanced maternal age*. Journal of Obstetrics and Gynaecology. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8364335/>
- Kohler. (2002). El surgimiento de la fecundidad más baja en Europa durante la década de 1990. *Revista de Población y Desarrollo, 28* (4), 641-680.

- Langer. (2002). El embarazo deseado: Impacto sobre la salud y la sociedad en America Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica/PanAm/Public Health*11(3).2002.
- Maffessoni et al. (2021). Perfil epidemiológico das gestações não planejadas em um hospital de referência no oeste do Paraná. *Femina*. 2021;49(12):682-9.
- Martínez-Galiano. (2016). La maternidad en madres de 40 años. CIBER de Epidemiología y Salud Pública. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2016;42(3):451-458.
- Matijasevich, A., Victora, C. G., Silveira, M. F., Wehrmeister, F. C., Horta, B. L., Barros, F. C., Pelotas Cohorts Study Group, Menezes, A. M. B., Barros, A. J. D., Bertoldi, A. D., Bassani, D. G., Gonçalves, H., Santos, I. S., Murray, J., Tovo-Rodrigues, L., Assunção, M. C. F., Domingues, M. R., & Hallal, P. R. C. (2019). Maternal reproductive history: Trends and inequalities in four population-based birth cohorts in Pelotas, Brazil, 1982–2015. *International Journal of Epidemiology*, 48(Supplement_1), i16-i25. <https://doi.org/10.1093/ije/dyy169>
- McLanahan, S. (2004). Diverging destinies: How children are faring under the second demographic transition. *Demography*, 41(4), 607-627. <https://doi.org/10.1353/dem.2004.0033>
- Mehta, P. (2014). Addressing reproductive health disparities as a healthcare management priority: Pursuing equity in the era of the Affordable Care Act. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 26(6), 531-538. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000119>
- Moges, Y., Worku, S. A., Niguse, A., & Kelkay, B. (2020). Factors Associated with the Unplanned Pregnancy at Suhul General Hospital, Northern Ethiopia, 2018. *Journal of Pregnancy*, 2020, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2020/2926097>

- Mohamed, E. A.-E. B., Hamed, A. F., Yousef, F. M. A., & Ahmed, E. A. (2019). Prevalence, determinants, and outcomes of unintended pregnancy in Sohag district, Egypt. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, 94(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s42506-019-0014-9>
- ONU, O. N. U. (2015). *Objetivo Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Aborto inseguro: Estimaciones globales y regionales de la incidencia del aborto inseguro y la mortalidad asociada en 2008*.
- Pregnancy at Age 35 Years or Older: ACOG Obstetric Care Consensus No. 11. (2022). *Obstetrics & Gynecology*, 140(2), 348-366. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004873>
- Prietsch. (2011). gravidez nao planejada no extremo sul do Brasil: Prevalencia e fatores asociados. *cad.Saude Publica. Rio de Janeiro*, 27(10):1906-1916. out 2011.
- Ramírez, C., Nazer H, J., Cifuentes O, L., Águila R, A., & Gutiérrez R, R. (2012). Cambios en la distribución etaria de las madres en Chile y en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile y su influencia en la morbimortalidad neonatal. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 77(3), 183-189. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262012000300003>
- Sampedro, R. (2002). "Maternidad tardía: Incidencias, perfiles y discursos" en EMPIRIA. *Revista de Metodología en Ciencias Sociales*, nro. 5, 11-36.
- Sanah Ali, et al. (2009). The epidemiology of unplanned pregnancies in North-Central Trinidad. *Freund Publishing House Ltd. intJAdolescMedHeaaltH2009;21(1):73-77*, 73-77.

- Sedgh, G., Singh, S., & Hussain, R. (2014). Intended and Unintended Pregnancies Worldwide in 2012 and Recent Trends. *Studies in Family Planning*, 45(3), 301-314. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2014.00393.x>
- Theme Filha, M. M., Ayers, S., da Gama, S. G. N., & Leal, M. do C. (2016). Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *Journal of Affective Disorders*, 194, 159-167. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.020>
- Vaquero Gonzales et al. (2022). Complicaciones materno-fetales en embarazadas añosas. Centro de salud san jacinto de buena fe, 2020 / Maternal-fetal complications in elderly pregnant women. San Jacinto de Buena Fe Health Center, 2020. *Más Vita ; 4(2): 257-266, jun. 2022. tab.*
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1392273>
- Vranes, H. S., & Gall, V. (2013). Secular trends in parental age in Croatia from 1985-2009. *Anthropologischer Anzeiger; Bericht Uber Die Biologisch-Anthropologische Literatur*, 70(3), Article 3. <https://doi.org/10.1127/0003-5548/2013/0329>
- Wagstaff, A., Paci, P., & Van Doorslaer, E. (1991). On the measurement of inequalities in health. *Social Science & Medicine*, 33(5), 545-557.
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90212-U](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90212-U)
- Yanealem. (2019). Prevalence and associated factors of unintended pregnancy among pregnant woman in Gondar town, North west Ethiopia, 2014. *BMC Research Notes*.
- Yaya, S., Amouzou, A., Uthman, O. A., Ekholuenetale, M., Bishwajit, G., Udenigwe, O., Hudani, A., & Shah, V. (2018). Prevalence and determinants of terminated and unintended pregnancies among married women: Analysis of pooled cross-

sectional surveys in Nigeria. *BMJ Global Health*, 3(2), e000707.

<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000707>

Zicavo, E. (2011). *El papel de la maternidad en la construcción social del modelo de mujer: Mandatos culturales actuales en las mujeres de clase media de la Ciudad de Buenos Aires*. Facultad de Cs. Sociales. Universidad de Buenos Aires.

10. Artículo original 1

Este artículo será sometido para publicación en el periódico científico “Revista panamericana de Salud Pública” (factor de impacto 2,2 – junio de 2025).

Evolución de la maternidad tardía de primíparas y perfil sociodemográfico en el sur de Brasil (2007–2019)

Maximino SP^{1,2}, Schug LM¹, Buffarini R¹, Cesar JA¹

¹ Post- graduación en Ciencias da Salud, Facultad de Medicina, Universidad Federal do Rio Grande. Vizconde de Paranaguá, 102, 4th piso, Rio Grande 96210.900, RS, Brasil.

² Magíster en Salud Materno Infantil. Universidad Nacional de Córdoba. Docente Universidad Católica de Santa Fe. Echague 7151, Santa Fe, Argentina.

Autor correspondiente: Romina Buffarini. E-mail: romibuffarini@gmail.com. Programa de Post -graduación em Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad Federal do Rio Grande, Vizconde de Paranaguá, 102, 4th piso, Rio Grande 96210.900, RS, Brasil.

Resumen:

La maternidad a edades más tardías es un fenómeno que se visualiza en la actualidad, sin embargo, la literatura referente los cambios en la edad materna como un proceso de transformación social es escasa, fundamentalmente en países de América Latina.

Objetivos: Evaluar la prevalencia y el perfil de las mujeres primíparas con partos a edad materna tardía (35 años o más) en un período de 13 años, utilizando datos de cinco estudios perinatales de base poblacional de la municipalidad de Rio Grande, Brasil. (2007, 2010, 2013, 2016 y 2019).

Método: Se utilizaron los cinco Estudios Perinatales de Rio Grande que incluyeron todos los nacimientos hospitalarios entre el 01/01 y el 31/12 de 2007, 2010, 2013, 2016 y 2019, de madres residentes en zona urbana y rural de Rio Grande, RS. Se calcularon las prevalencias de maternidad tardía en cada año y su evolución según variables sociodemográficas, reproductivas y de salud. La tendencia temporal se evaluó mediante el test de Cochran–Armitage.

Resultado: La prevalencia de primiparidad tardía aumentó de forma sostenida a lo largo del período, con cambios más marcados entre las mujeres de mayor nivel educativo, renta familiar elevada y usuarias de servicios privados de salud. En 2019, una de cada cinco mujeres con renta > 4 salarios mínimos y 12,4 % de las usuarias del sector privado eran madres primíparas tardías. La maternidad tardía fue más frecuente entre las mujeres que presentaron comorbilidades gestacionales, como hipertensión o diabetes, y su prevalencia aumentó con mayor intensidad en este grupo a lo largo del período. En contraste, las mujeres de menor escolaridad o ingresos mostraron escasa variación.

Conclusiones: Maternidad tardía creció de forma marcada en los estratos de mayor nivel educativo, renta familiar elevada, acceso a servicios privados, mientras que el aumento fue discreto entre mujeres con menor escolaridad o ingresos. El fenómeno, por tanto, parece responder a un proceso de transformación social selectivo, más pronunciado entre las mujeres de mejor posición socioeconómica y mayor acceso a servicios de salud.

Palabras claves: primíparas, maternidad tardía, tendencia, estudio de panel.

Introducción

En las últimas décadas, el fenómeno de la maternidad en edades más tardías se ha intensificado en países de ingresos bajos y medios, incluido Brasil. Este fenómeno está influenciado por factores sociales, económicos y culturales, como la mayor escolarización femenina, la inserción laboral de las mujeres, el acceso a tecnologías reproductivas y la disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos (Aldrighi et al., 2016; Lean et al., 2017). Si bien el retraso en la maternidad puede reflejar mayor autonomía reproductiva, también plantea desafíos importantes en términos de salud materna y neonatal. La literatura sugiere que las mujeres con menor nivel educativo, menores ingresos o que pertenecen a grupos étnicos minoritarios enfrentan barreras adicionales para acceder a servicios de salud reproductiva, perpetuando desigualdades en resultados de salud materno-infantil (Aldrighi et al., 2016; Fernandes et al., 2019; UNICEF, 2016).

El aumento del empleo femenino, la expansión de la educación universitaria, el deterioro económico de los adultos jóvenes, el retraso en abandonar el hogar parental y la formación de pareja ya sea con o sin matrimonio, figura en muchos países como las causas del aumento de la edad media al primer nacimiento entre las mujeres (Beyene, 2019). A pesar del crecimiento de la maternidad tardía, pocos estudios han explorado sus transformaciones estructurales en el tiempo desde una perspectiva de equidad y acceso a los servicios de salud. Este trabajo propone analizar la evolución de dicho perfil en una

población de un municipio de porte medio del sur de Brasil durante más de una década, información necesaria para acortar brechas persistentes y guiar estrategias de intervención más equitativas.

Este estudio tiene como objetivo analizar la evolución temporal de la maternidad a edad tardía (≥ 35 años) en primíparas en el municipio de Rio Grande entre 2007 y 2019, utilizando datos provenientes de cinco encuestas transversales realizadas a intervalos trienales, describiendo los cambios en el perfil sociodemográfico y reproductivo.

Métodos

Muestra y participantes

La muestra de este estudio está formada por madres primíparas pertenecientes a los Estudios Perinatales de Rio Grande, RS, Brasil, que se realizaron trienalmente en este municipio desde 2007. Los mismos incluyeron a todas las puérperas residentes de zona urbana o rural en Rio Grande, RS, cuyos nacimientos ocurrieron entre el 01/01 y el 31/12 de 2007, 2010, 2013, 2016 y 2019, respectivamente en el Hospital Universitario Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. da Universidad Federal de Rio Grande (HUFURG) y en la Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande (SCMRG), únicas maternidades del municipio durante estos años. Se ha estimado que de los aproximadamente 2.400 nacimientos que se lleva a cabo anualmente en Río Grande, el 99% de ellos ocurriría en una de estas dos maternidades.

Río Grande es un municipio brasileño ubicado en el tramo costero aproximadamente a 250 km de la frontera con Uruguay. Entre 2007 y 2019, su población osciló entre 195.000 y 211.000 habitantes. A lo largo de este período, el producto interno bruto (PIB) prácticamente se duplicó, de R\$ 19,6 a R\$ 41,3 mil (D'avila, A.P.F. e bridí, M.A., 2017).

Las madres fueron entrevistadas en la maternidad dentro de las 48 horas posteriores al momento del parto. Los datos se recolectaron mediante un cuestionario único y estandarizado dividido en bloques, realizado por personal entrenado para tal fin, que buscaba información sobre características demográficas, socioeconómicas, comportamentales, y reproductivas maternas.

Variables

La variable respuesta en este trabajo es la maternidad tardía, definida como madres que al momento del parto tenían 35 años completos o más. La edad materna fue consignada en entrevistas presenciales auto reportada por la propia mujer, respondiendo

a la siguiente pregunta: “Cuántos años la Sra. tiene?”. La clasificación edad materna añosa o tardía luego de los 35 años o más, tiene respaldo en suficientes consensos y bibliografía de significancia (ASRM_2024_American Society for Reproductive Medicine, 2024; ESHRE guideline on Ovarian Stimulation for IVF/ICSI, 2025; «Pregnancy at Age 35 Years or Older», 2022; Brown et al., 2025; Flores-López et al., 2023; Glick, I, 2021)

Variables de exposición que fueron utilizadas para describir el perfil sociodemográfico y de salud de las mujeres primíparas con maternidad tardía fueron renta familiar total, escolaridad materna, color de piel, si vive con pareja, presencia de condiciones crónicas (diabetes mellitus y/o hipertensión arterial) antes del embarazo, diagnóstico de diabetes y/o hipertensión durante el embarazo, tipo de servicio de salud utilizado en el parto (público o privado), y tipo de parto (vaginal o cesárea).

La renta familiar fue calculada sumando todos los salarios y otros ingresos monetarios de todos los miembros de la familia (incluidas pensiones y cualquier tipo de beneficio) recibidos en el mes anterior y luego dividiéndolos en cuartiles (siendo el primer cuartil el más pobre y el cuartil 4 con renta más alta).

El color de piel fue establecido según la clasificación brasilera oficial del Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística, la que incluye cinco categorías (blanca, mestiza, negra, indígena y amarilla). Dado que las categorías indígena y amarilla (de origen asiático) representaban el 1% de la muestra, estas categorías fueron excluidas de nuestro análisis. La escolaridad materna fue evaluada como años de estudio formales completos y luego categorizada en tres grupos: de 0 a 8, de 9 a 11, y 12 años o más.

Análisis estadísticos

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de la evolución de la edad de las madres primíparas a lo largo del periodo, incluyendo proporciones, promedio de edad y cambios absolutos (en puntos porcentuales) y relativos. Los cambios absolutos fueron calculados con la sustracción de la proporción de un período posterior para el anterior (por ejemplo: % madres tardías en 2010 – % madres tardías en 2007) y relatados en puntos porcentuales. Los cambios relativos fueron calculados de la siguiente forma: (% madres tardías en el periodo posterior - % madres tardías en el periodo anterior), menos la % de madres tardías en el período posterior, y luego fueron relatados como porcentuales.

Luego, fue realizada la descripción de las características sociodemográficas de salud de las mujeres incluidas en los cinco estudios perinatales, por año de estudio.

Por último, se examinó la asociación la ocurrencia de maternidad tardía y las características maternas en cada uno de los cinco estudios perinatales. Para ello se calcularon las proporciones de mujeres con maternidad tardía dentro de cada categoría de las variables sociodemográficas de salud, y se aplicó el test de chi-cuadrado (χ^2) para evaluar la significancia estadística de las diferencias observadas en cada año. Con el fin de identificar patrones temporales, se estimaron además los valores p de tendencia mediante el test de Cochran–Armitage, que permite evaluar si existió una tendencia en la prevalencia de maternidad tardía a lo largo del período 2007–2019. El año de estudio se incorporó como una variable ordinal, dado que los cinco estudios fueron realizados en intervalos trienales regulares, lo que permite considerar cada punto temporal como un incremento equivalente para el análisis de tendencia. En consecuencia, los años 2007, 2010, 2013, 2016 y 2019 fueron codificados de 0 a 4, respectivamente. Todos los análisis fueron brutos y los valores $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

Todos los análisis se realizaron con el programa Stata® 19 (StataCorp, College Station, TX, EUA).

Resultados

La muestra total de primíparas es de 5262 mujeres, que participaron de los cinco Estudios Perinatales de Rio Grande, siendo 997 primigestas en 2007, 1023 en 2010, 1237 en 2013, 1146 en 2016 y 859 en 2019.

La **tabla 1** muestra que entre 2007 y 2019, la prevalencia de maternidad tardía (≥ 35 años) entre mujeres primíparas del municipio de Rio Grande mostró un aumento sostenido. En 2007, el 2,8% de las primíparas eran madres de 35 años o más, mientras que en 2019 esta proporción alcanzó 6,6%, lo que representa un incremento absoluto de 3,84 puntos porcentuales y un aumento relativo de 137,1% durante el período. El promedio de edad materna creció de 22,1 años (DE 5,3) en 2007 a 23,9 años (DE 6,0) en 2019, con edades máximas que alcanzaron los 45 años en el último año del estudio. Las tendencias de aumento (prevalencia y promedio de edad) fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

Tabla 1. Evolución de la prevalencia de maternidad tardía y del promedio de edad materna. Estudios Perinatales del Municipio de Rio Grande, 2007 a 2019.

Año	N primíparas	N (%)	Aumento absoluto (p.p.)	Aumento relativo (%)	Promedio de edad (DE)	Edad máxima
2007	997	28 (2,8)	-	-	22,1 (5,3)	42
2010	1023	34 (3,3)	0,52	18,6	23,0 (5,6)	41
2013	1237	60 (4,9)	1,53	46,1	23,5 (6,0)	42
2016	1146	59 (5,2)	0,3	6,2	23,7 (6,0)	43
2019	859	57 (6,6)	1,49	28,9	23,9 (6,0)	45
Período completo*		-	3,84	137,1	-	-

N primíparas: número absoluto de primíparas en cada año de estudio, representando entre 40 a 47% del total de mujeres púerperas evaluadas en cada estudio. Valor-p tendencia lineal de promedio de edad <0,001

*Comparación de 2007 a 2019

p.p: puntos porcentuales

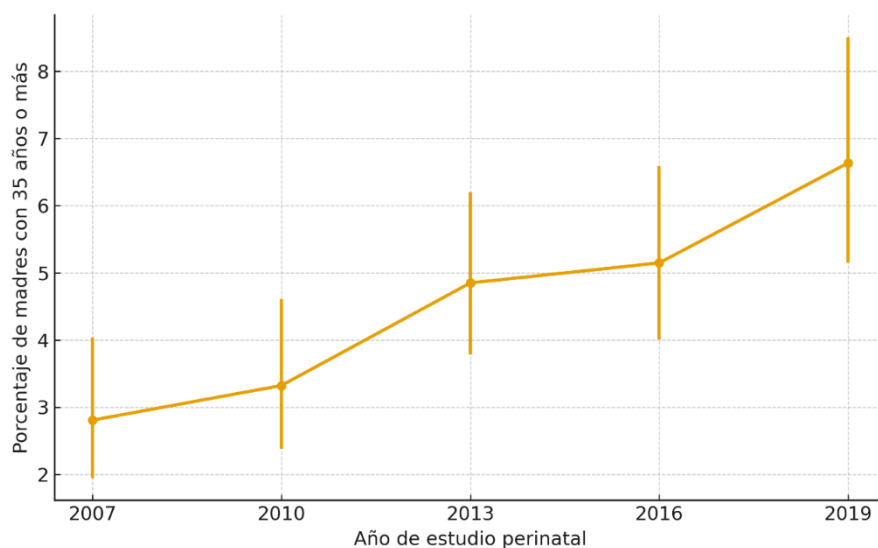


Figura 1. Evolución de los embarazos tardíos (madres de 35 años o más) en un período de 13 años. Estudios Perinatales de Rio Grande, RS, Brasil, 2007, 2010, 2013, 2016, 2019.

*Valor p de tendencia <0.001

Tabla 2. Descripción de la muestra de madres primíparas tardías en los 5 estudios perinatales.

Variables	2007	2010	2013	2016	2019
Educación					
0-8 años	10,7	17,7	8,3	6,8	5,3
9-11 años	32,1	52,9	36,7	33,9	28,1
12+ años	57,1	29,4	55,0	59,3	66,7
Color de piel					
Blanca	89,3	79,4	66,7	79,7	84,2
Mestiza	3,6	8,8	25,0	13,6	12,3
Negra	7,1	11,8	8,3	6,8	3,5
Renta familiar (SM)					
<=1	7,1	7,4	3,4	3,4	1,8
1,1-2	10,7	11,1	5,1	10,2	15,8
2,1-4	35,7	25,9	20,3	33,9	24,6
>4	46,4	55,6	71,2	52,5	57,9
Vive con pareja	89,3	88,2	85,0	93,2	94,7
Servicio de salud: público	32,1	20,6	13,3	20,3	21,1
Parto cesárea	82,1	94,1	81,7	88,1	77,2
HAS/DM antes embarazo	10,7	11,8	10,0	11,9	
HAS/DM durante embarazo	14,3	38,2	36,7	23,7	26,3

***Madres tardías: 35 años o más**

Tabla 3. Prevalencia de maternidad tardía según características sociodemográficas, reproductivas y de salud. Estudios Perinatales de Rio Grande.

Variables	2007	2010	2013	2016	2019	Cambio absoluto 2019 – 2007	
	%	%	%	%	%	Valor-p de tendencia	pp
Escolaridad (años)	p < 0,001	p = 0,004	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001		
0–8	0,82	1,79	1,31	1,15	1,6	<0,001	0,78
9–11	1,76	3,2	3,65	4,27	3,86	0,016	2,1
12+	13,22	7,94	13,1	10,61	14,79	0,046	1,57
Color de piel	p = 0,068	p = 0,281	p = 0,711	p = 0,308	p = 0,384		
Branca	3,57	3,76	4,71	5,79	7,15	0,772	3,58
Mestiza	0,54	1,51	5,73	3,48	5,83	<0,001	5,29
Negra	1,8	3,77	3,97	3,85	2,94	0,521	1,14
Renta familiar (SM)	p = 0,005	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001		
≤1	1,39	1,69	5,71	2,6	1,69	0,249	0,3
1,1–2	1,08	1,1	0,95	1,9	3,47	0,203	2,39
2,1–4	2,99	2,13	2,46	4,95	3,94	<0,001	0,95
>4	6,25	7,25	11,54	11,79	20,89	<0,001	14,64
Vive con pareja	p = 0,092	p = 0,22	p = 0,762	p < 0,001	p = 0,009		
No	1,24	1,95	4,43	1,66	1,94	0,009	0,7
Si	3,31	3,67	4,93	6,08	7,67	<0,001	4,36
Tipo de servicio de salud	p = 0,005	p = 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001		
Público	1,58	1,41	1,43	1,99	2,48	0,001	0,9
Privado	4,61	5,26	7,8	8,75	12,4	<0,001	7,79
Tipo de parto	p = 0,003	p < 0,001	p = 0,016	p < 0,001	p < 0,001		
Vaginal	1,1	0,51	2,74	1,36	3,07	0,041	1,97
Cesárea	4,23	5,05	5,87	8,21	10,09	<0,001	5,86
Diabetes/HAS antes	p = 0,006	p = 0,014	p = 0,002	p < 0,001			
No	2,57	3,05	4,51	4,69	-	0,025	2,12
Si	11,54	10,26	15,38	18,42	-	0,358	6,88
Diabetes/HAS durante	p = 0,59	p = 0,016	p = 0,003	p = 0,405	p = 0,082		
No	2,94	2,62	3,91	4,88	5,95	0,001	3,01
Si	2,21	5,91	8,27	6,25	9,8	<0,001	7,59

Valores p en cada columna corresponden al test χ^2 e indican la asociación entre cada variable y la maternidad tardía dentro de cada estudio.
El valor p de tendencia (test de Cochran–Armitage) evalúa el cambio en la prevalencia de maternidad tardía a lo largo del período
pp: puntos percentuales

La **Tabla 2** describe las características sociodemográficas, reproductivas y de salud de las madres primíparas tardías en cada período. Más de la mitad de las primíparas tardías tenía 12 años o más de educación en todos los años estudiados, alcanzando 66,7 % en 2019. En relación a las mujeres de menor escolaridad, aquellas con hasta 8 años de estudio disminuyeron del 10,7% en 2007 al 5,3%, en 2019, indicando un importante cambio a lo largo del período. De forma coherente, la proporción con ingresos familiares superiores a 4 salarios mínimos aumentó de 46,4 % en 2007 a 57,9 % en 2019.

Respecto al color de piel, la mayoría de las madres tardías eran blancas. La mayoría vivía con pareja (≥ 85 %), siendo que el año 2019 presentó el mayor porcentaje, con cerca de 95% de las mujeres viviendo con marido o compañero.

En términos reproductivos y de salud, el tipo de parto predominante fue la cesárea entre las primíparas tardías (entre 77 % y 94 %), con leve tendencia a la reducción en 2019. El uso de servicios públicos de salud fue minoritario (entre 13 % y 32 %). Respecto a la salud materna, la prevalencia de hipertensión o diabetes antes del embarazo se mantuvo estable en torno a 10–12 %, mientras que la hipertensión/diabetes desarrolladas durante la gestación variaron entre 14 % y 38 %, siendo que los años 2010 y 2013 presentaron las mayores prevalencias ($> 30\%$).

La **Tabla 3** muestra la tendencia de maternidad tardía dentro de cada categoría de exposición. A lo largo del período, la prevalencia aumentó notablemente entre mujeres con escolaridad de 12 o más años ($p < 0,001$) y aquellas con renta familiar superior a 4 SM ($p < 0,001$). En general, no se observó una tendencia específica ni asociaciones consistentes con el color de piel. La maternidad tardía fue más frecuente entre mujeres que accedieron a servicios privados de salud en todos los años, siendo que a lo largo del período el aumento de fue mayor en el sector privado que en el público (4,6 % en 2007 a 12,4 % en 2019). Respecto a la situación conyugal, la maternidad tardía aumentó en mayor proporción entre las mujeres que convivían con pareja (de 3,3 % a 7,7 %, $p < 0,001$).

En relación al tipo de parto, fue observado que el aumento de madres tardías con parto vaginal fue mayor que el aumento de parto por cesárea. La proporción de madres tardías fue más alta entre las mujeres con hipertensión/diabetes previas al embarazo aunque sin tendencia significativa dentro de ese grupo a lo largo del período. Entre las que no presentaban estas condiciones, se observó una tendencia aumento sostenido y significativo ($p = 0,025$). Para hipertensión o diabetes desarrolladas durante la gestación,

la prevalencia de maternidad tardía aumentó más intensamente entre las mujeres con morbilidad. En 2007, la proporción de madres tardías era similar entre quienes no presentaban estas condiciones (2,9 %) y aquellas que sí las desarrollaban durante el embarazo (2,2 %). Sin embargo, en 2019 esta diferencia se amplió: la prevalencia de maternidad tardía alcanzó aproximadamente 6 % entre las mujeres sin morbilidad y casi 10 % entre las que presentaron hipertensión o diabetes gestacional, evidenciando un incremento más marcado en el grupo con morbilidad.

Discusión

Los resultados de este estudio muestran un aumento sostenido de la maternidad tardía entre mujeres primíparas en Rio Grande entre 2007 y 2019, con un incremento del 2,8% al 6,6% de madres de 35 años o más. (Flores-López et al., 2023). Este fenómeno refleja cambios sociales y económicos que afectan las trayectorias reproductivas, particularmente en contextos urbanos (Astorino, Julieta, 2019; Fuentes et al., 2021). La disminución simultánea de la proporción de adolescentes primíparas sugiere posibles avances en salud sexual y reproductiva juvenil, aunque el aumento de madres tardías no necesariamente implica una mayor planificación, ya que factores como fallas anticonceptivas o cambios en la intención reproductiva también pueden influir (Finer & Zolna, 2014; United Nations Population Fund (UNFPA), 2021).

El perfil sociodemográfico de las madres tardías refleja inequidades persistentes en Brasil. Las mujeres con mayor escolaridad y renta familiar elevada presentaron la prevalencia más alta de maternidad tardía, mientras que el acceso a servicios privados de salud se asoció con una mayor proporción de partos en este grupo. Estos hallazgos concuerdan con datos brasileños a nivel país (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2015), que muestran que las desigualdades socioeconómicas, educativas y por color de piel influyen en la planificación reproductiva y en el acceso a servicios de salud. La mayor concentración de maternidad tardía entre mujeres de nivel socioeconómico más favorecido respalda la hipótesis de la “transición obstétrica”, donde los riesgos maternos y reproductivos comienzan a aparecer también entre mujeres con mejor posición económica, por ejemplo, debido a partos cesáreos electivos y embarazos planificados en edades avanzadas (Muzaka, 2017).

No obstante, la existencia de maternidad tardía entre mujeres con menores ingresos o escolaridad inferior, aunque en menor proporción, sugiere que la postergación de la maternidad no está únicamente determinada por elección individual, sino también

por barreras estructurales, como el acceso limitado a métodos anticonceptivos, desigualdades educativas y contextos laborales restrictivos (UNICEF, 2016; United Nations Population Fund (UNFPA), 2021). La evidencia indica que mujeres jóvenes, pobres y afrodescendientes enfrentan obstáculos económicos y culturales que restringen la planificación reproductiva, lo que puede derivar en embarazos no planeados incluso a edades avanzadas.

El análisis de factores asociados a la paridad muestra que las primíparas tardías constituyen un subgrupo de interés particular, ya que podrían requerir estrategias centradas en la planificación preconcepcional y la atención a riesgos obstétricos asociados a la edad materna avanzada. En conjunto, estos hallazgos sugieren que la maternidad tardía en Rio Grande está influenciada por una combinación de factores individuales, de educación, socioeconómicos y de acceso a servicios de salud. Comprender estas dinámicas es fundamental para orientar políticas y programas de salud reproductiva que promuevan la equidad, especialmente en mujeres jóvenes, afrodescendientes y con menor nivel socioeconómico, garantizando que la postergación de la maternidad se traduzca en una verdadera planificación y no en embarazos no planeados o riesgos obstétricos innecesarios (Fuentes et al., 2021; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2015; UNICEF, 2016; United Nations Population Fund (UNFPA), 2021).

Conclusión

La maternidad a los 35 años o más ha dejado de ser un fenómeno marginal para consolidarse como una realidad creciente en contextos urbanos brasileños. Este estudio expone que el aumento de la maternidad tardía no es homogéneo, sino que está presente de forma heterogénea en diferentes estratos sociodemográficos, educativos y económicos, así como en el acceso diferenciado a servicios de salud (Astorino, Julieta, 2019; Fuentes et al., 2021).

En síntesis, la maternidad tardía constituye un fenómeno complejo que refleja tanto avances en autonomía reproductiva como persistentes desigualdades estructurales, y su comprensión es esencial para el diseño de intervenciones efectivas, integrales y adaptadas a la diversidad de contextos sociales y económicos de Brasil (Finer & Zolna, 2014; United Nations Population Fund (UNFPA), 2021)

Referencias bibliográficas

- Aldrichi, J. D., Wall, M. L., Souza, S. R. R. K., & Cancela, F. Z. V. (2016). The experiences of pregnant women at an advanced maternal age: An integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(3), 512-521. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400019>
- ASRM_2024_American Society for Reproductive Medicine (The use of preimplantation genetic testing for aneuploidy (PGT-A): Committee Opinion). (2024).
- Astorino, Julieta. (2019). «¿Quién dice que es tarde?»: *Tiempo y cuerpo en la experiencia de la maternidad tardía*. X Jornadas de Sociología de la UNLP; Ensenada, Argentina, 5-7 de diciembre de 2018, Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología.
- Beyene, G. A. (2019). Prevalence of unintended pregnancy and associated factors among pregnant mothers in Jimma town, southwest Ethiopia: A cross sectional study. *Contraception and Reproductive Medicine*, 4, 8. <https://doi.org/10.1186/s40834-019-0090-4>
- Brown, A., Hamilton, B., Kissin, D., & Martin, J. (2025). *Trends in Mean Age of Mothers in the United States, 2016 to 2023*. National Center for Health Statistics (U.S. <https://doi.org/10.15620/cdc/174598>
- D'avila, A.P.F. e bridi, M.A. (2017). Indústria naval brasileira e a crise recente: O caso do polo naval e offshore de rio grande (RS). *Cadernos metrópole.*, 19(38), 249-268.
- ESHRE guideline on Ovarian Stimulation for IVF/ICSI. (2025). European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/COS/2025/ESHRE-OS-guideline-update_adapted-28102025.pdf
- Fernandes, F. C. G. D. M., Santos, E. G. D. O., & Barbosa, I. R. (2019). Age of first pregnancy in Brazil: Data from the national health survey. *Journal of Human Growth and Development*, 29(3), 304-312. <https://doi.org/10.7322/jhgd.v29.9523>
- Finer, L. B., & Zolna, M. R. (2014). Shifts in Intended and Unintended Pregnancies in the United States, 2001–2008. *American Journal of Public Health*, 104(S1), S43-S48. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301416>
- Flores-López, B., Naves-Sánchez, J., Sosa-Bustamante, G. P., González, A. P., Luna-Anguiano, J. L. F., & Paque-Bautista, C. (2023). [Maternal and perinatal

- morbidities associated to advanced age in pregnant women]. *Revista Medica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 61(Suppl 2), S83-S89.
- Fuentes, A., Sequeira, K., & Tapia-Pizarro, A. (2021). Efectos demográficos, clínicos y biológicos de la postergación de la maternidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(2), 146-160. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.10.002>
- Glick, I. (2021). *Management of pregnancy in women of advanced maternal age*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8364335/>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2015). *Projeções da população do Brasil por sexo e idade: 2013–2060*. <https://www.ibge.gov.br>
- Lean, S. C., Derricott, H., Jones, R. L., & Heazell, A. E. P. (2017). Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 12(10), e0186287. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186287>
- Matijasevich, A., Victora, C. G., Silveira, M. F., Wehrmeister, F. C., Horta, B. L., Barros, F. C., Pelotas Cohorts Study Group, Menezes, A. M. B., Barros, A. J. D., Bertoldi, A. D., Bassani, D. G., Gonçalves, H., Santos, I. S., Murray, J., Tovo-Rodrigues, L., Assunção, M. C. F., Domingues, M. R., & Hallal, P. R. C. (2019). Maternal reproductive history: Trends and inequalities in four population-based birth cohorts in Pelotas, Brazil, 1982–2015. *International Journal of Epidemiology*, 48(Supplement_1), i16-i25. <https://doi.org/10.1093/ije/dyy169>
- Muzaka, V. (2017). Lessons from Brazil: On the difficulties of building a universal health care system. *Journal of Global Health*, 7(1), 010303. <https://doi.org/10.7189/jogh.07.010303>
- Piasson, N. A., Andrade, G. H., Stragliotto, M., Ferraz, L., & Lutinski, J. A. (2022). Características obstétricas de gestações em mulheres de 35 anos ou mais, segundo as regiões brasileiras. *Research, Society and Development*, 11(1), e57611125334. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.25334>
- Pregnancy at Age 35 Years or Older: ACOG Obstetric Care Consensus No. 11. (2022). *Obstetrics & Gynecology*, 140(2), 348-366. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004873>
- UNICEF. (2016). *Informe sobre Equidad en Salud 2016: Análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe*. UNICEF Oficina Regional para América Latina y el

- Caribe. https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org.lac/files/2018-03/20170630_UNICEF_InformeSobreEquidadEnSalud_ESP_LR_0.pdf
- United Nations Population Fund (UNFPA). (2021). *Meeting the Needs of Young and Afro-descendant Women in Reproductive Health*. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA%20MM%20Factsheet%20-%20WEB_PT_Web.pdf
- Victora, C. G., Vaughan, J. P., Barros, F. C., Silva, A. C., & Tomasi, E. (2000). Explaining trends in inequities: Evidence from Brazilian child health studies. *The Lancet*, 356(9235), 1093-1098. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02741-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02741-0)

11. Artículo original 2

El artículo 2, intitulado “Embarazos no planeados en mujeres primíparas e inequidades en un periodo de 13 años en el sur de Brasil: estudio de panel”, está sometido y en revisión en *Cadernos de Saúde Pública* (factor de impacto 1,9 – en 2025)

“Embarazos no planeados en mujeres primíparas e inequidades en un periodo de 13 años en el sur de Brasil: estudio de panel”

Maximino SP^{1,2}, Moraes LS¹, Buffarini R¹, Cesar JA¹

¹ Post- graduación en Ciencias da Salud, Facultad de Medicina, Universidad Federal do Rio Grande. Vizconde de Paranaguá, 102, 4th piso, Rio Grande 96210.900, RS, Brasil.

² Magíster en Salud Materno Infantil. Universidad Nacional de Córdoba. Docente Universidad Católica de Santa Fe. Echague 7151, Santa Fe, Argentina.

Autor correspondiente: Romina Buffarini.

E-mail: romibuffarini@gmail.com.

Programa de Post -graduación em Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad Federal do Rio Grande, Vizconde de Paranaguá, 102, 4° piso, Rio Grande 96210.900, RS, Brasil.

Resumen:

Este artículo tuvo como objetivo analizar las inequidades socioeconómicas en los embarazos no planeados entre mujeres primíparas, con nacimiento de los hijos en un periodo de 13 años (2007 a 2019) en Rio Grande, Brasil. Se utilizaron cinco Estudios Perinatales de Rio Grande que incluyeron a todas las puérperas primíparas residentes en zona urbana de Rio Grande, RS, cuyo nacimiento ocurrió entre el 01/01 y el 31/12 de 2007, 2010, 2013, 2016 y 2019. Fue aplicado un cuestionario estandarizado cara a cara para todas las puérperas, que tuvieron su primer hijo durante los períodos mencionados. Se estimaron prevalencias de embarazo no planeado según renta familiar, escolaridad y color de piel. La magnitud de las desigualdades se evaluó mediante el Índice de Inclinación de la Desigualdad (SII) y el Índice de Concentración (CIX). Entre 5262 primíparas, la prevalencia global de embarazo no planeado fue 57,2 %. Descendió levemente entre 2007 (58,3 %) y 2016 (55 %) y volvió a aumentar en 2019 (62 %; $p = 0,002$). Las inequidades fueron marcadas: en 2019, 74,6 % de las mujeres del cuartil más pobre reportaron embarazo no planeado frente a 46,5 % del cuartil más rico (SII = $-37,7$; CIX = $-0,165$). Entre las de menor escolaridad (≤ 4 años) la prevalencia alcanzó 75 %, comparada con 48 % en las de ≥ 12 años (SII = $-34,1$; CIX = $-0,079$). Las mujeres negras y mestizas mantuvieron tasas superiores a las blancas (72 % y 71 % vs 59 %). Los hallazgos evidencian que las inequidades socioeconómicas en el embarazo no planeado persistieron o se ampliaron. Los hallazgos subrayan la necesidad de políticas de planificación reproductiva orientadas a la equidad.

Palabras claves: Embarazo no planeado; Factores socioeconómicos; Paridad.

Introducción

Cuidar e invertir en la salud de mujeres y niños son componentes fundamentales del derecho a la salud, que incluyen atención de la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. En Brasil, los indicadores de salud materno infantil se ven afectados por las profundas diferencias socioeconómicas y étnicas, inequidades que caracterizan a nuestra sociedad ^{1,2}.

La transición demográfica de Brasil se inició a mediados de la década de 1950, cuando se produjo un descenso acelerado de las tasas de crecimiento demográfico como consecuencia de una reducción sostenida de la fecundidad, de 6,1 hijos por mujer en 1960 a 1,7 en 2015 ³. La transición se produjo concomitantemente con las transformaciones culturales, un intenso proceso de industrialización, un aumento de la renta per cápita y los niveles de educación ⁴ y una disminución constante de la mortalidad infantil ⁵.

La disminución del tamaño de las familias, impulsada por el retraso en la parentalidad y la caída de las tasas de natalidad, caracteriza una tendencia observada a nivel mundial ⁶. Sin embargo, a pesar de estos cambios, el embarazo no planificado sigue siendo un desafío para el sistema de salud pública ⁷, especialmente en países de ingresos bajos y medios ^{7,8}. Una encuesta de base poblacional realizada en el municipio de Rio Grande, en el sur de Brasil, investigó todos los partos ocurridos entre 2007 y 2019, e identificó una tasa de embarazo no planificado del 63,3% entre las 12.415 púerperas analizadas. El estudio también identificó una mayor prevalencia de este desenlace entre mujeres más jóvenes, de piel negra, con pareja, baja escolaridad y renta familiar, mayor número de hijos, fumadoras y en situación de hacinamiento domiciliario ⁹.

El embarazo no planificado está asociado a peores desenlaces maternos y neonatales, lo que refuerza la necesidad de políticas públicas más equitativas ¹⁰. A pesar de los esfuerzos y avances en el acceso a la información y en la oferta de métodos anticonceptivos modernos, persisten barreras estructurales que limitan la autonomía reproductiva de las mujeres y perpetúan las desigualdades sociales ¹¹⁻¹⁴. Las mujeres y los niños de grupos con bajos ingresos, bajo nivel educativo y pertenecientes a grupos étnicos minoritarios presentan un acceso reducido a servicios de salud, menor calidad en la atención y peores resultados de salud. Estas desigualdades reflejan diferencias estructurales en la distribución de recursos y oportunidades, perpetuando ciclos de vulnerabilidad intergeneracional ².

En este estudio tiene como objetivo analizar la prevalencia de embarazo no planeado entre mujeres primíparas y analizar sus desigualdades socioeconómicas,

utilizando datos de cinco Estudios Perinatales en Rio Grande, RS, durante un período de 13 años (2007-2019).

Métodos

Muestra y participantes

La muestra de este estudio está formada por madres primíparas pertenecientes a los Estudios Perinatales de Rio Grande, RS, Brasil, que se realizaron trienalmente en este municipio desde 2007. Los mismos incluyeron a todas las puérperas residentes de zona urbana o rural en Rio Grande, RS, cuyos nacimientos ocurrieron entre el 01/01 y el 31/12 de 2007, 2010, 2013, 2016 y 2019, respectivamente en el Hospital Universitario Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. da Universidad Federal de Rio Grande (HUFURG) y en la Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande (SCMRG), únicas maternidades del municipio durante estos años. Se ha estimado que de los aproximadamente 2.400 nacimientos que se lleva a cabo anualmente en Río Grande, el 99% de ellos ocurriría en una de estas dos maternidades.

Río Grande es un municipio brasileño ubicado en el tramo costero aproximadamente a 250 km de la frontera con Uruguay. Entre 2007 y 2019, su población osciló entre 195.000 y 211.000 habitantes. A lo largo de este período, el producto interno bruto (PIB) prácticamente se duplicó, de R\$ 19,6 a R\$ 41,3 mil ¹⁵.

Las madres fueron entrevistadas en la maternidad dentro de las 48 horas posteriores al momento del parto. Los datos se recolectaron mediante un cuestionario único y estandarizado dividido en bloques, realizado por personal entrenado para tal fin, que buscaba información sobre características demográficas, socioeconómicas, comportamentales, y reproductivas maternas.

Variables

La variable respuesta fue embarazo no planeado, el cual fue evaluado a través de la siguiente pregunta: “La Señora planeó tener este hijo o quedo embarazada sin querer?”, con tres opciones de respuestas: (a) planeado, (b) sin querer, (c) más o menos. Para el análisis, las categorías “sin querer” y “más o menos” se agruparon y fueron consideradas como embarazo no planeado (valor = 1), mientras que la respuesta “planeado” se clasificó como embarazo planeado (valor = 0).

Renta familiar, escolaridad materna y color de piel, se utilizaron como estratificadores para evaluar desigualdades en salud. La renta familiar fue calculada

sumando todos los salarios y otros ingresos monetarios de todos los miembros de la familia (incluidas pensiones y cualquier tipo de beneficio) recibidos en el mes anterior y luego dividiéndolos en cuartiles (siendo el primer cuartil el más pobre y el cuartil 4 con renta más alta). El color de piel fue establecido según la clasificación brasilera oficial del Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística, la que incluye cinco categorías (blanca, mestiza, negra, indígena y amarilla). Dado que las categorías indígena y amarilla (de origen asiático) representaban el 1% de la muestra, estas categorías fueron excluidas de nuestro análisis. La escolaridad materna fue evaluada como años de estudio formales completos y luego categorizada en cuatro grupos: de 0 a 4, de 5 a 8, de 9 a 11, ó 12 años o más.

Métodos estadísticos

En primer lugar, fue realizado un análisis descriptivo de la muestra usando valores absolutos y relativos.

Para comparar la prevalencia de la variable resultado en las diferentes categorías de las variables estratificadoras, Pruebas de Tendencia Lineal fueron utilizadas. Dado que los intervalos entre cada estudio perinatal fueron similares (tres años), esta prueba fue utilizada para: (a) comparar la distribución de las categorías de renta familiar, escolaridad materna y color de piel materna entre los cinco Estudios Perinatales, y, (b) analizar las tendencias de embarazos no planeados dentro de cada categoría de estos tres estratificadores a lo largo del tiempo.

Para evaluar la magnitud de las desigualdades fueron utilizados dos índices resumidos: *el índice de inclinación de la desigualdad* (SII), que es una medida de desigualdad absoluta, proveniente de un modelo de regresión logística, y *el índice de concentración* (CIX), que refleja desigualdades relativas. Ambos índices son expresados en una escala de -100 a +100, donde el 0 representa la igualdad; valores positivos indican que la variable resultado presenta mayor prevalencia en los grupos más ricos/más escolarizados; y valores negativos indican que el resultado es más común entre los más pobres/menos escolarizados.

También fueron evaluadas las desigualdades absolutas y relativas comparando los cuartiles extremos de renta familiar total, grupos de escolaridad materna extremos (0 a 4 años de estudios y 12 o más años de estudios) y color de piel materna (negra y blanca). Medidas absolutas fueron calculadas como la diferencia entre el mayor y el menor grupo, expresados en puntos porcentuales, mientras que la medida relativa es la relación entre

los cuartiles/grupos extremos y puede interpretarse como como “cuántas veces” el resultado es mayor en el cuartil/grupo más alto frente al cuartil/grupo más desfavorecido. Se utilizó el gráfico *equiplot* que muestra los posibles patrones de desigualdad de la variable resultado de forma visual.

En el presente artículo nos referimos a desigualdades como cualquier aspecto medible de salud que varía entre individuos o grupos, diferenciando el término de inequidades, que son diferencias sistemáticas perversas e injustas ¹⁶. Todos los análisis fueron realizados utilizando el programa Stata versión 16.1

Ética

Todos los protocolos de investigación fueron aprobados por el Comité de Ética en Investigación del Área de Salud (CEPAS) de la FURG, este vinculado al CONEP, sobre investigación de 2007 (informe 05369/2006); 2010 (informe 06258/2009); 2013 (informe 02623/2012); 2016 (informe 0030-2015) y 2019 (informe 278/2018). Todos los procedimientos realizados en este estudio fueron de acuerdo con la legislación vigente en el momento de la evaluación. Se garantizó la confidencialidad de los datos en todo momento.

Resultados

La muestra total de primigestas es de 5262 mujeres, que participaron de los cinco Estudios Perinatales de Rio Grande, siendo 997 primigestas en 2007, 1023 en 2010, 1237 en 2013, 1146 en 2016 y 859 en 2019 (Tabla complementaria 1).

La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas de las participantes primíparas. La proporción de adolescentes (<20 años) disminuyó de 39,5% en 2007 a 26,5% en 2019, mientras que la de mujeres con 35 años o más aumentó de 2,8% a 6,0%. Hubo una mejora significativa del nivel educativo: las mujeres con ≤ 4 años de estudio pasaron de 5,3% a 2,3%, y las que tenían ≥ 12 años aumentaron de 12,1% a 29,9%. Con respecto a la renta familiar, desde 2007 a 2019 podemos observar que de los cuartiles más bajos C1 y C2 hay una cierta tendencia al aumento del porcentaje de primigestas, el mismo pasa de 65,6% en 2007 a 74,6% en 2019 en C1 y de 60,7% a 71,3% en C2, mientras que en el cuartil más alto C4 se refleja una cierta tendencia a la disminución del porcentaje de primigestas con 48,8% en 2007 y 46,5% en 2019. En relación al color de piel, entre 2007 e 2019 se observó un incremento de mujeres blancas (70,3% a 78,1%) y una reducción de las mujeres mestizas (18,6% a 13,9%) y negras (11,1% a 7,9%).

Tabla 1. Características de primíparas de los Estudios Perinatales de Rio Grande, RS, Brasil. 2007- 2019.

Variables	Estudios Perinatales					Total
	2007 N (%)	2010 N (%)	2013 N (%)	2016 N (%)	2019 N (%)	
Edad materna						
<20	394 (39,5)	337 (32,9)	389 (31,4)	352 (30,7)	228 (26,5)	1700 (32,3)
20 a 34	575 (57,7)	652 (63,7)	788 (63,7)	735 (64,1)	574 (66,8)	3324 (63,2)
35 o más	28 (2,8)	34 (3,3)	60 (4,8)	60 (5,1)	57 (6,6)	238 (4,5)
Renta familiar total (cuartiles)						
C1 (más pobre)	221 (22,9)	204 (22,0)	307 (25,5)	279 (26,3)	169 (20,3)	1180 (23,7)
C2	242 (25,1)	213 (23,0)	251 (20,9)	270 (25,5)	202 (24,3)	1178 (23,5)
C3	238 (24,7)	242 (26,2)	313 (26,0)	313 (29,5)	219 (26,3)	1325 (26,6)
C4 (más rico)	262 (27,2)	266 (28,8)	331 (27,5)	198 (18,7)	241 (29,0)	1298 (26,1)
Color de piel						
Blanca	701 (70,3)	718 (70,2)	849 (68,6)	812 (70,9)	671 (78,1)	3751 (71,3)
Mestizo	185 (18,6)	199 (19,4)	262 (21,2)	230 (20,1)	120 (13,9)	996 (18,9)
Negra	111 (11,1)	106 (10,3)	126 (10,2)	104 (9,1)	68 (7,9)	515 (9,8)
Escolaridad materna (años completos)						
0 a 4	53 (5,3)	32 (3,1)	42 (3,4)	15 (1,3)	20 (2,3)	162 (3,1)
5 a 8	313 (31,4)	303 (29,6)	430 (27,5)	333 (29,1)	167 (19,4)	1456 (27,7)
9 a 11	510 (51,1)	562 (54,9)	603 (48,7)	468 (40,8)	415 (48,1)	2558 (48,6)
12 o más	121 (12,1)	126 (12,3)	252 (20,4)	330 (28,8)	257 (29,9)	1086 (20,6)

La prevalencia de embarazos no planeados general entre las primigestas fue de 57% (3011/5262). Cuando analizamos la prevalencia de embarazo no planeados en primíparas por año de estudio, fue observada una proporción de 58,3% en 2007, manteniéndose entre 55% y 56% entre 2010 y 2016 respectivamente. Luego, en 2019, fue observado un aumento, con una prevalencia de 62% de embarazos no planeados, aumentando 6 puntos porcentuales en este último período de tres años (2016 a 2019) (Figura 1).

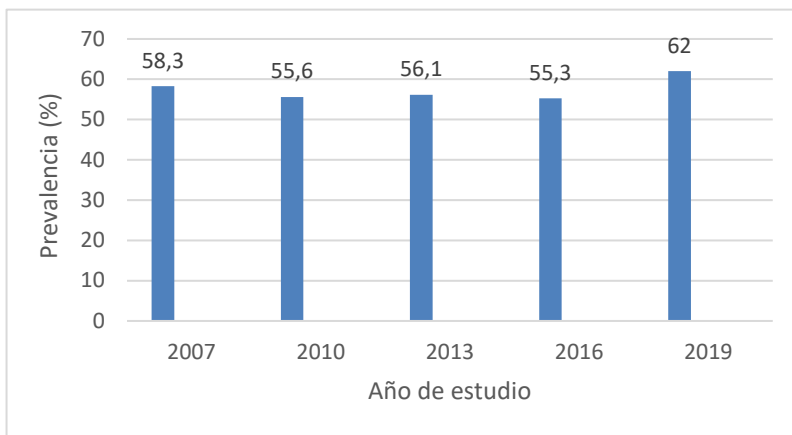


Figura 1. Prevalencia de embarazo no planeado en primíparas. Estudios Perinatales de Rio Grande, RS, Brasil. 2007- 2019.

*p-valor de la diferencia entre estudios = 0,002.

El embarazo no planeado en primíparas de acuerdo al ingreso de renta familiar, color de piel y escolaridad materna en cada año de estudio, y las medidas de inequidad correspondientes están mostradas en la Tabla 2 y Figura 2 (2a, 2b y 2c). El embarazo no planeado se sostuvo con muy poca variabilidad en la mayor parte de los años de estudio siendo el cuartil inferior el 65.6 % en 2007, 67.2% en 2010, 66.8% en 2013, 65.9% en 2016, y alcanzando su porcentaje más alto en 2019 llegando al 74.6%. En el cuartil 4 (más rico) el patrón fue distinto: 48,8 % (2007), 47,0 % (2010), 44,7 % (2013), un mínimo en 2016 (35,9 %), seguido de un aumento en 2019 (46,5 %). El contraste entre extremos (C1–C4) se amplió con el tiempo, pasando de 16,8 p.p. (2007) a 28,1 p.p. (2019). La razón C1/C4 varió entre 1,3 y 1,8, alcanzando su máximo en 2016.

Las medidas resumidas de inequidad confirman este gradiente, siendo que el Índice de Inclinación de la Desigualdad (SII) fue $-20,9$ (2007), $-34,4$ (2016) y $-37,7$ (2019), mientras el Índice de Concentración (CIX) pasó de $-0,046$ a $-0,082$ ($p < 0,05$) (Tabla 2, Figura 2a)

El embarazo no planeado mostró un gradiente educativo consistente en todos los años de estudio. Las mujeres con baja escolaridad (≤ 4 años) presentaron las mayores prevalencias, seguidas por el grupo de 5–8 años, mientras que las de 12 años o más mantuvieron los valores más bajos. En 2007, la diferencia entre extremos fue mínima (49,1 % vs 48,0 %), pero se amplió progresivamente: 22,7 p.p. en 2013, 26,1 p.p. en 2016

y 26,8 p.p. en 2019. El SII pasó de $-9,4$ (2007) a $-34,1$ (2019) y el CIX de $-0,023$ a $-0,079$ (Tabla 2, Figura 2b).

Las diferencias raciales se mantuvieron persistentes a lo largo del período. En todos los años, las mujeres negras y mestizas tuvieron prevalencias más altas que las blancas.

En 2007, las cifras fueron 73,0 % (negras), 59,5 % (mestizas) y 55,6 % (blancas); la brecha se redujo levemente en 2013, pero volvió a ampliarse en 2019, con 72,1 % negras, 70,8 % mestizas y 59,5 % blancas. El SII para 2019 fue $+23,6$ (IC95% 8,4–38,8) y el CIX $+0,035$, confirmando que el embarazo no planeado continúa concentrado en mujeres no blancas (Tabla 2, Figura 2c).

Tabla 2. Prevalencia de embarazos no planeados em primíparas de acuerdo a renta familiar y escolaridad materna. Estudios Perinatales de Rio Grande, RS, Brasil. 2007- 2019.

Variabes sociodemográficas	Categorías				Diferencia absoluta	Razón	Slope index (95% CI)	Concentration index
Renta familiar total	C1	C2	C3	C4	C1 / C4			
	(+ pobre)			(+ rico)				
2007	145 (65,6)	147 (60,7)	138(58,0)	128 (48,8)	16,8	1,34	-20,9 (-31,5; -10,3)	-4,6 (-7,6; -1,5)
2010	137 (67,2)	121 (56,8)	134 (55,4)	125(47,0)	20,2	1,43	-23,9 (-34,7;-13,3)	-6,3 (-9,3;-3,1)
2013	205 (66,8)	148 (59,0)	165 (52,7)	148 (44,7)	22,1	1,49	-28,7 (-37,9;-19,5)	-6,9 (-9,8;-4,1)
2016	184 (65,9)	161 (59,6)	163 (52,1)	71 (35,9)	30,0	1,84	-34,4 (-44,0;-24,8)	-7,4 (-10,4;-4,4)
2019	126 (74,6)	144 (71,3)	139 (59,4)	112 (46,5)	28,1	1,60	-37,7 (-48,3;-27,3)	-8,2 (-1,1;-5,2)
General							-28,6 (-33,1;-24,0)	-6,5 (7,8;-0,05)
X ² tendencia	0,012	0,021	0,717	0,003				
Color de piel	Blanca	Mestizo	Negra	-	Blanca / Negra			
2007	390 (55,6)	110 (59,5)	81 (73,0)	-	-17,4	0,76	19,6 (7,01; 32,3)	4,6 (1,5;7,6)
2010	376 (52,4)	128 (64,3)	65 (61,3)	-	-0,93	0,85	20,3 (7,7; 32,9)	3,6 (0,4;6,7)
2013	459 (54,1)	155 (59,2)	80 (63,5)	-	-14,2	0,85	13,2 (1,8;24,6)	1,8 (1,0;4,6)
2016	442 (54,4)	121 (52,6)	71 (68,3)	-	-13,9	0,79	8,4 (-3,6;20,6)	1,9 (1,0;4,9)
2019	399 (59,5)	85 (70,8)	49 (72,1)	-	-12,6	0,82	23,6 (8,4;38,8)	3,5 (0,5;6,5)
General							15,6 (9,9;21,2)	3,5 (2,2;4,8)
X ² tendencia	0.210	0.594	0.561					
Educación (años)	0 a 4	5 a 8	9 a 11	12 o más	0 a 4 / 12 o más			
2007	26 (49,1)	196 (62,6)	301(59)	58(48)	1,1	1,02	-9,4 (-20,9; 2,0)	-2,3 (-5,4;0,7)
2010	23 (71,9)	185 (61,1)	305 (54,3)	56 (44,4)	27,5	1,61	-20,9 (-32,1;-9,8)	-5,7 (-8,8;-2,5)
2013	29 (69,1)	225 (66,2)	323 (53,6)	117 (46,4)	22,7	1,48	-26,8(-36,5;-17,2)	-8,2 (-11,0;-5,4)
2016	10 (66,7)	218 (65,5)	272 (58,1)	134 (40,6)	26.1	1,64	-33,7 (-43,2;-24,1)	-9,4 (-12,4;-6,5)
2019	15(75)	123 (73,6)	271 (65,3)	124 (48,2)	26,8	1,55	-34,1 (-45,1;-23,1)	-7,9 (-10,9;-4,8)
General							-24,6 (-29,3;-19,8)	-5,7 (-7,1;-4,4)
X ² tendencia	p=0,393	p=0,005	p<0,001	p=0,296				

c

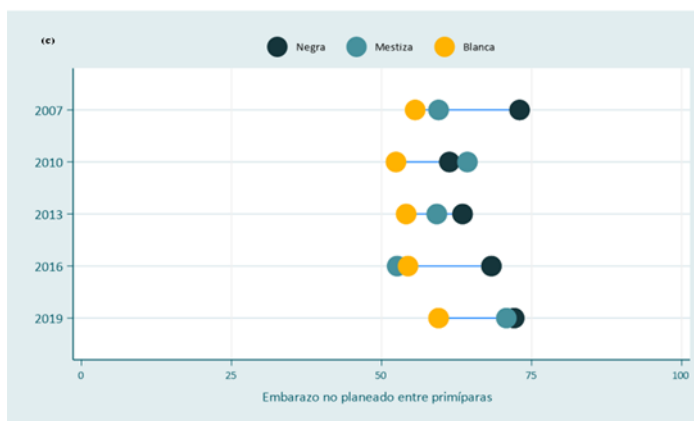
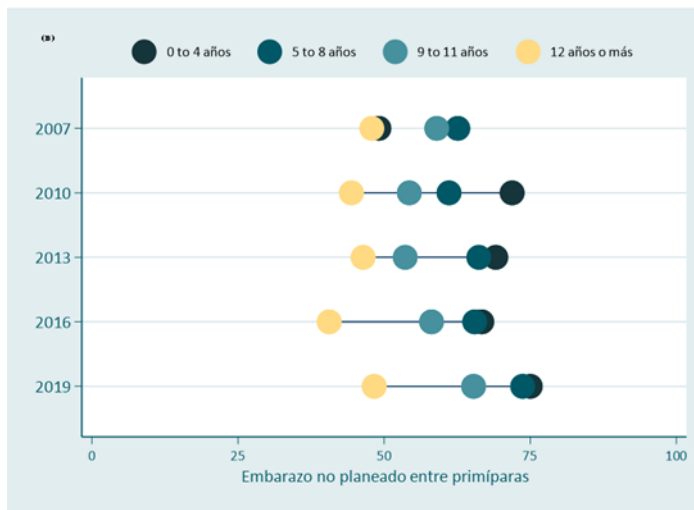
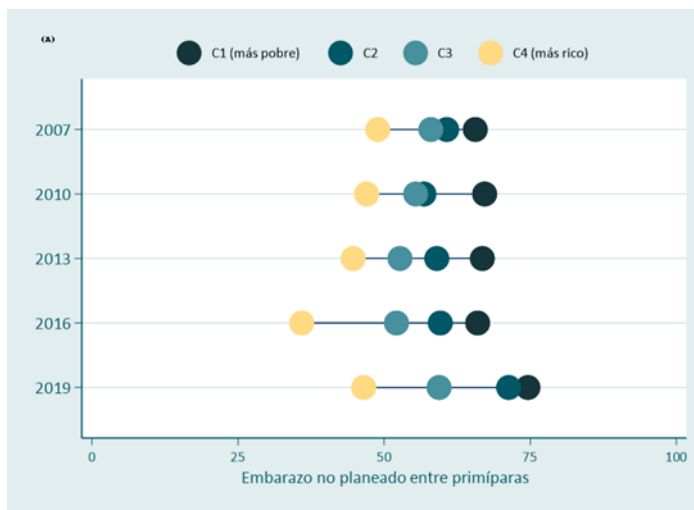


Figura 2 (2a, 2b, 2c). Desigualdades en embarazos no planeados en primíparas de acuerdo a renta familiar, escolaridad materna, color de piel auto referida. Estudios Perinatales de Rio Grande, RS, Brasil. 2007- 2019.

Discusión

La prevalencia de embarazo no planeado entre mujeres primíparas en la municipalidad de Rio Grande se mantuvo elevada a lo largo de los 13 años analizados, con una leve reducción entre 2007 y 2016 y un aumento posterior en 2019. A pesar de los avances en la escolaridad materna y la disminución de la fecundidad adolescente evidenciadas en la muestra, las desigualdades socioeconómicas permanecieron pronunciadas. Las mujeres pertenecientes a los estratos de menor renta y con menor nivel educativo presentaron consistentemente las mayores prevalencias, y las brechas entre los extremos de ingreso y educación incluso se ampliaron en el último año del estudio (2019). Además, las diferencias por color de piel se mantuvieron sin señales de convergencia, evidenciando un patrón persistente de desigualdad social en la planificación reproductiva, en el cual los beneficios del progreso social no alcanzaron de manera equitativa a todos los grupos de mujeres.

Uno de los principales hallazgos fue la estabilidad general en la alta prevalencia de embarazos no planeados (57%), con un aumento relevante hacia el final del periodo, alcanzando un 62% en 2019. Este incremento sugiere un retroceso reciente en los logros alcanzados en planificación reproductiva, lo cual podría estar vinculado tanto a barreras persistentes en el acceso a métodos anticonceptivos modernos como a factores estructurales que limitan la autonomía reproductiva de las mujeres en contextos vulnerables ^{12,17}.

A pesar de los avances observados en el acceso a la educación y la disminución de la fecundidad adolescente, el análisis de los indicadores SII y CIX revela que las desigualdades en embarazo no planeado no solo persisten, sino que tienden a ampliarse. Estos hallazgos son coherentes con lo documentado en otras investigaciones brasileñas sobre salud materna, donde la mejora de los promedios generales no se ha traducido en una reducción proporcional de las inequidades ¹⁸. El hecho de que el SII y el CIX mantengan valores altos y negativos a lo largo del periodo evaluado sugiere que los beneficios de las políticas públicas en salud reproductiva, como el acceso a métodos anticonceptivos, no han alcanzado equitativamente a las mujeres más pobres o con menor educación formal. Tal fenómeno se alinea con la hipótesis de la “equidad inversa”, según la cual los grupos más favorecidos acceden primero a las intervenciones de salud, ampliando inicialmente las brechas con los más vulnerables ¹⁸.

El patrón de desigualdades observado está en consonancia con investigaciones previas realizadas en Brasil y en otros países de ingresos bajos y medios, que demuestran cómo las condiciones socioeconómicas adversas aumentan el riesgo de embarazos no planificados ^{10,13,19}. Un estudio con datos de las cohortes de nacimiento de Pelotas (1993, 2004 y 2015) muestra que, aunque la prevalencia de embarazo no planificado ha disminuido con el tiempo pasando del 62,7% en 1993 al 52,2% en 201, sigue siendo elevada, especialmente entre mujeres negras o pardas y de baja condición socioeconómica. El estudio también señaló un aumento en las desigualdades asociadas al ingreso familiar y al color de piel, lo que refuerza el impacto persistente de las vulnerabilidades sociales sobre el planeamiento reproductivo ²⁰.

La persistencia de estas inequidades representa un desafío estructural para el sistema de salud brasileño, el cual, a pesar de contar con un marco universal, no ha logrado garantizar una cobertura equitativa en planificación familiar ²¹. Esta situación pone de relieve la necesidad de políticas focalizadas que reconozcan la intersección entre clase social, escolaridad y color de piel como determinantes críticos en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos.

Considerando los resultados del equiplot, es urgente implementar estrategias que promuevan una mayor equidad en la planificación reproductiva, abordando tanto barreras económicas como culturales que afectan de forma desproporcionada a las mujeres jóvenes, pobres y afrodescendientes ²².

Asimismo, la escolaridad materna se comportó como un determinante estructural clave: las mujeres con menor educación formal (0 a 4 años) exhibieron sistemáticamente una mayor proporción de embarazos no planeados, en contraste con aquellas con 12 años o más de estudios. Esta observación es coherente con teorías del capital humano que vinculan el nivel educativo con mayores capacidades de agencia reproductiva y mejor acceso a información y servicios de salud ^{23,24}.

Una posible explicación para la persistencia de estas inequidades puede encontrarse en los límites de las políticas públicas orientadas a la planificación familiar, que si bien han mejorado la disponibilidad de métodos anticonceptivos, no han logrado eliminar las barreras culturales, económicas y estructurales que afectan de forma diferenciada a ciertos grupos sociales ^{11,25}. Además, factores metodológicos como la autorrespuesta en la clasificación del embarazo como “no planeado” pueden estar

influenciados por normas sociales o retrospectivas racionalizadoras, generando subestimaciones o sobreestimaciones en ciertos grupos ^{24,25}.

Desde una perspectiva práctica, los hallazgos del estudio refuerzan la necesidad de políticas públicas focalizadas que reconozcan la dimensión estructural de las inequidades reproductivas. La implementación de estrategias intersectoriales, centradas en salud, educación y justicia social, resulta crucial para reducir la ocurrencia de embarazos no deseados en mujeres jóvenes, pobres y con baja escolaridad. A nivel teórico, los resultados destacan la vigencia del enfoque de los determinantes sociales de la salud como marco explicativo robusto para entender la distribución desigual de los eventos reproductivos no planificados.

Entre las limitaciones del estudio, se destaca la naturaleza auto-reportada de la variable principal, que puede introducir sesgos de deseabilidad social o errores de recuerdo. Asimismo, aunque la muestra es representativa de Rio Grande, los hallazgos no pueden generalizarse automáticamente a otros contextos del país o de América Latina. Futuros estudios podrían beneficiarse del uso de metodologías mixtas que incluyan enfoques cualitativos para explorar los significados subjetivos del embarazo no planeado y su articulación con los contextos de vida de las mujeres.

En conclusión, este estudio documenta la persistencia y, en algunos casos, el agravamiento de desigualdades socioeconómicas en la ocurrencia de embarazos no planeados en mujeres primíparas en el sur de Brasil. Sus hallazgos subrayan la necesidad urgente de avanzar hacia un modelo más equitativo de salud reproductiva que garantice a todas las mujeres el derecho efectivo a decidir sobre su maternidad.

Conflicto de intereses

No existen conflictos de intereses que declarar.

Bibliografia

- Banco Mundial. (2010). *Brasil: Saúde Materno Infantil*.
<https://documents1.worldbank.org/curated/en/244031468743709253/pdf/238110Portuguese.pdf>
- Barros, F. C., Matijasevich, A., Requejo, J. H., Giugliani, E., Maranhão, A. G., Monteiro, C. A., Barros, A. J. D., Bustreo, F., Merialdi, M., & Victora, C. G. (2010). Recent Trends in Maternal, Newborn, and Child Health in Brazil: Progress Toward Millennium Development Goals 4 and 5. *American Journal of Public Health, 100*(10), 1877–1889. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.196816>
- Bearak, J., Popinchalk, A., Alkema, L., & Sedgh, G. (2018). Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet Global Health, 6*(4), e380–e389. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30029-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30029-9)
- Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A.-B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L., & Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet Global Health, 8*(9), e1152–e1161. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)
- Becker, G. S. (1983). *El capital humano: un análisis teórico y empírico referido fundamentalmente a la educación* (Alianza Editorial.). 84-206-8063-X.
- Beyene, G. A. (2019). Prevalence of unintended pregnancy and associated factors among pregnant mothers in Jimma town, southwest Ethiopia: a cross sectional study. *Contraception and Reproductive Medicine, 4*(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s40834-019-0090-4>
- Bradley, S. E. K., & Casterline, J. B. (2014). Understanding Unmet Need: History, Theory, and Measurement. *Studies in Family Planning, 45*(2), 123–150. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2014.00381.x>
- Costa, A. C. M., Oliveira, B. L. C. A. de, & Alves, M. T. S. S. de B. e. (2021). Prevalence and factors associated with unplanned pregnancy in a Brazilian capital in the Northeast. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 21*(2), 461–471. <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000200007>
- D'Avila, A. P. F., & Bridi, M. A. (2017). Indústria naval brasileira e a crise recente: o caso do Polo Naval e Offshore de Rio Grande (RS). *Cadernos Metrópole, 19*(38), 249–268. <https://doi.org/10.1590/2236-9996.2017-3810>
- United Nations Population Fund. (2023). *Saúde materna de mulheres e meninas afrodescendentes nas Américas*.
- Gebrehiwot, S. W., Azeze, G. A., Robles, C. C., & Adinew, Y. M. (2017). Utilization of dual contraception method among reproductive age women on antiretroviral therapy in selected public hospitals of Northern Ethiopia. *Reproductive Health, 14*(1), 125. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0390-6>
- IBGE. (2013). *PROJEÇÃO DA POPULAÇÃO DO BRASIL POR SEXO E IDADE PARA O PERÍODO 2000/2060*.
https://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf
- Khan, M. N., Harris, M. L., Shifti, D. M., Laar, A. S., & Loxton, D. (2019). Effects of unintended pregnancy on maternal healthcare services utilization in low- and lower-middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health, 64*(5), 743–754. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01238-9>

- Langer, A. (2002). Temas de actualidad / Current topics El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe EL EMBARAZO NO DESEADO: CONCEPTOS Y SITUACIÓN REGIONAL. In *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* (Vol. 11, Issue 3).
- Lelis, C. de F., Prietsch, S. O. M., & Cesar, J. A. (2024). Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência, tendência e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(5). <https://doi.org/10.1590/1413-81232024295.11122023>
- Matijasevich, A., Victora, C. G., Silveira, M. F., Wehrmeister, F. C., Horta, B. L., Barros, F. C., Menezes, A. M. B., Barros, A. J. D., Bertoldi, A. D., Bassani, D. G., Gonçalves, H., Santos, I. S., Murray, J., Tovo-Rodrigues, L., Assunção, M. C. F., Domingues, M. R., & Hallal, P. R. C. (2019). Maternal reproductive history: trends and inequalities in four population-based birth cohorts in Pelotas, Brazil, 1982–2015. *International Journal of Epidemiology*, 48(Supplement_1), i16–i25. <https://doi.org/10.1093/ije/dyy169>
- Mehta, P. (2014). Addressing reproductive health disparities as a healthcare management priority. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 26(6), 531–538. <https://doi.org/10.1097/GCO.000000000000119>
- Moreira, L. R., Ewerling, F., dos Santos, I. S., Wehrmeister, F. C., Matijasevich, A., Barros, A. J. D., Menezes, A. M. B., Gonçalves, H., Murray, J., Domingues, M. R., & Silveira, M. F. (2020). Trends and inequalities in unplanned pregnancy in three population-based birth cohorts in Pelotas, Brazil. *International Journal of Public Health*, 65(9), 1635–1645. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01505-0>
- Prietsch, S. O. M., González-Chica, D. A., Cesar, J. A., & Mendoza-Sassi, R. A. (2011). Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(10), 1906–1916. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001000004>
- Theme Filha, M. M., Ayers, S., Gama, S. G. N. da, & Leal, M. do C. (2016). Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *Journal of Affective Disorders*, 194, 159–167. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.020>
- Trindade, R. E. da, Siqueira, B. B., Paula, T. F. de, & Felisbino-Mendes, M. S. (2021). Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(suppl 2), 3493–3504. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.24332019>
- UNICEF. (2016). *Informe sobre Equidad en Salud 2016: Un análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe para guiar la formulación de políticas*.
- Victora, C. G., Vaughan, J. P., Barros, F. C., Silva, A. C., & Tomasi, E. (2000). Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *The Lancet*, 356(9235), 1093–1098. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02741-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02741-0)
- Yaya, S., Amouzou, A., Uthman, O. A., Ekholuenetale, M., Bishwajit, G., Udenigwe, O., Hudani, A., & Shah, V. (2018). Prevalence and determinants of terminated and unintended pregnancies among married women: analysis of pooled cross-sectional surveys in Nigeria. *BMJ Global Health*, 3(2), e000707. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000707>

12. Conclusión integrada del trabajo

Tras el análisis de los datos aportados por los 5 estudios Perinatales de Rio Grande durante 13 años desde 2007 a 2019. Podemos concluir afirmando que observamos un escenario marcado por la superposición de procesos demográficos avanzados y persistentes inequidades sociales. El aumento sostenido de la maternidad tardía y la elevada prevalencia de embarazos no planeados emergen como fenómenos interrelacionados, que expresan una transición reproductiva heterogénea, profundamente atravesada por determinantes estructurales, socioeconómicos y culturales.

El incremento progresivo de la primiparidad a edades iguales o superiores a los 35 años, particularmente entre mujeres con mayor nivel educativo, mayores renta familiar y utilización de servicios privados de salud, se alinea con patrones ampliamente documentados en países desarrollados. En estos contextos, la postergación de la maternidad ha sido interpretada como parte de la transición demográfica avanzada, asociada a la expansión de la escolarización femenina, la inserción laboral, la búsqueda de estabilidad económica y la redefinición de los proyectos de vida. Los hallazgos observados en Rio Grande sugieren que determinados sectores de la población brasileña ya transitan procesos similares, reflejando la incorporación de dinámicas reproductivas propias de sociedades desarrolladas en el interior de un país de renta media.

No obstante, a diferencia de lo observado en países desarrollados —donde la maternidad tardía suele coexistir con bajos niveles de embarazo no planeado y un acceso efectivo a métodos anticonceptivos de alta eficacia—, en Rio Grande este fenómeno convive con una prevalencia persistentemente elevada de embarazos no planeados, especialmente concentrada en los grupos socialmente más vulnerables. Esta coexistencia

revela una marcada polarización reproductiva: mientras algunas mujeres logran ejercer un control efectivo sobre el momento de la maternidad, otras permanecen expuestas a trayectorias reproductivas no intencionales, condicionadas por desigualdades estructurales que limitan su autonomía reproductiva.

Los resultados muestran que, pese a las mejoras en el acceso formal a información y servicios de salud sexual y reproductiva, las inequidades socioeconómicas en el embarazo no planeado no solo persisten, sino que se mantienen estables a lo largo del tiempo analizado. Las mujeres con menor renta familiar y menor escolaridad presentan consistentemente mayores prevalencias de embarazo no planeado, con gradientes claros y robustos evidenciados tanto por medidas absolutas como relativas de desigualdad. Este patrón reproduce lo observado en otros países de América Latina y el Caribe, región que continúa presentando niveles elevados de embarazo no planeado en comparación con la tendencia descendente registrada en muchos países de altos ingresos.

En este sentido, Brasil expresa una doble carga característica de los países en transición demográfica y epidemiológica: por un lado, la adopción de comportamientos reproductivos propios de contextos desarrollados en los estratos socialmente favorecidos; por otro, la persistencia de patrones asociados a contextos de mayor vulnerabilidad social. Esta dualidad refuerza la idea de que la planificación reproductiva no depende exclusivamente de la disponibilidad formal de métodos anticonceptivos, sino de la capacidad real de las mujeres para ejercer decisiones informadas en contextos de estabilidad social, económica y relacional.

El análisis aporta evidencia original al focalizarse específicamente en mujeres primíparas, un grupo poco explorado en la literatura, particularmente en América Latina. El análisis de este subgrupo permite comprender con mayor precisión cómo se configuran tempranamente las trayectorias reproductivas y las inequidades asociadas desde el primer embarazo, con implicancias potenciales a lo largo del curso de vida.

Desde una perspectiva de salud pública y de Salud Colectiva, los hallazgos subrayan la necesidad de políticas diferenciadas y sensibles ante estas desigualdades sociales. Mientras el aumento de la maternidad tardía plantea desafíos vinculados a la información reproductiva oportuna, la prevención de riesgos obstétricos y el acompañamiento integral de mujeres que postergan la maternidad, la elevada prevalencia de embarazo no planeado en los grupos más vulnerables demanda intervenciones estructurales que trasciendan el ámbito sanitario. Abordar las desigualdades en educación, ingresos, condiciones de vida y acceso efectivo a servicios de salud sexual y reproductiva resulta central para reducir las brechas observadas.

Los resultados obtenidos dialogan directamente con los compromisos establecidos en la Agenda 2030, en particular con el ODS 3, orientado a garantizar la salud y el bienestar a lo largo del curso de vida, y el ODS 5, centrado en la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. La persistencia de embarazos no planeados con claros gradientes socioeconómicos evidencia limitaciones estructurales para el cumplimiento del ODS 3.7, que promueve el acceso universal a servicios de planificación familiar, información y educación en salud sexual y reproductiva. En el marco del Sistema Único de Salud (SUS), estos hallazgos señalan la necesidad de fortalecer no solo la cobertura,

sino también la calidad, la oportunidad y la adecuación sociocultural de las acciones de atención primaria.

En relación con el ODS 5, el embarazo no planeado concentrado en los estratos más vulnerables puede ser interpretado como un marcador de inequidad de género y social, donde la capacidad de decidir sobre el momento de la maternidad se encuentra condicionada por la escolaridad, la renta, la estabilidad de los vínculos y el acceso efectivo a recursos. Desde esta perspectiva, la autonomía reproductiva no puede ser comprendida como una responsabilidad individual, sino como un proceso socialmente determinado.

En síntesis, esta tesis aporta evidencia empírica relevante sobre las transformaciones y desigualdades en la maternidad en un contexto de transición demográfica, contribuyendo al debate sobre salud reproductiva desde una perspectiva crítica y situada en la Salud Colectiva. Avanzar en la reducción de las inequidades observadas y en el cumplimiento de los ODS 3 y 5 requiere políticas intersectoriales que promuevan condiciones de vida dignas, equidad de género y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Conclusão Integrada do Estudo

Após analisar os dados fornecidos pelos cinco Estudos Perinatais do Rio Grande ao longo de 13 anos, de 2007 a 2019, podemos concluir que observamos um cenário marcado pela sobreposição de processos demográficos avançados e desigualdades sociais persistentes. O aumento contínuo da maternidade tardia e a alta prevalência de gestações não planejadas emergem como fenômenos inter-relacionados, expressando uma transição reprodutiva heterogênea, profundamente influenciada por fatores estruturais, socioeconômicos e culturais.

O aumento progressivo da primiparidade aos 35 anos ou mais, particularmente entre mulheres com níveis mais elevados de escolaridade, renda familiar mais alta e maior utilização de serviços de saúde privados, alinha-se a padrões amplamente documentados em países desenvolvidos. Nesses contextos, o adiamento da maternidade tem sido interpretado como parte da transição demográfica avançada, associada à expansão da escolaridade feminina, à participação no mercado de trabalho, à busca por estabilidade econômica e à redefinição dos planos de vida. Os resultados observados no Rio Grande sugerem que certos setores da população brasileira já estão passando por processos semelhantes, refletindo a incorporação de dinâmicas reprodutivas típicas de sociedades desenvolvidas em um país de renda média.

Contudo, diferentemente do que se observa em países desenvolvidos — onde a maternidade tardia frequentemente coexiste com baixos níveis de gravidez não planejada e acesso efetivo a métodos contraceptivos altamente eficazes —, no Rio Grande esse fenômeno coexiste com uma prevalência persistentemente alta de gravidezes não planejadas, especialmente concentrada entre os grupos socialmente mais vulneráveis.

Essa coexistência revela uma marcada polarização reprodutiva: enquanto algumas mulheres conseguem exercer controle efetivo sobre o momento da maternidade, outras permanecem expostas a trajetórias reprodutivas não planejadas, condicionadas por desigualdades estruturais que limitam sua autonomia reprodutiva.

Os resultados mostram que, apesar das melhorias no acesso formal a informações e serviços de saúde sexual e reprodutiva, as desigualdades socioeconômicas na gravidez não planejada não apenas persistem, como se mantêm estáveis ao longo do período analisado. Mulheres com menor renda familiar e menor escolaridade apresentam consistentemente taxas mais elevadas de gravidez não planejada, com gradientes claros e robustos evidenciados tanto por medidas absolutas quanto relativas de desigualdade. Esse padrão espelha o que tem sido observado em outros países da América Latina e do Caribe, região que continua apresentando altos níveis de gravidez não planejada em comparação com a tendência de queda registrada em muitos países de alta renda.

Nesse sentido, o Brasil apresenta uma dupla carga característica de países em transição demográfica e epidemiológica: por um lado, a adoção de comportamentos reprodutivos típicos de contextos desenvolvidos em estratos socialmente privilegiados; por outro, a persistência de padrões associados a contextos de maior vulnerabilidade social. Essa dualidade reforça a ideia de que o planejamento reprodutivo não depende exclusivamente da disponibilidade formal de métodos contraceptivos, mas sim da capacidade real das mulheres de tomar decisões informadas em contextos de estabilidade social, econômica e relacional.

Esta análise fornece evidências originais ao focar especificamente em mães de primeira viagem, um grupo pouco explorado na literatura, particularmente na América Latina. Analisar esse subgrupo permite uma compreensão mais precisa de como as trajetórias reprodutivas e as desigualdades associadas são moldadas desde cedo, a partir da primeira gravidez, com potenciais implicações ao longo da vida.

Do ponto de vista da saúde pública e da saúde comunitária, os resultados ressaltam a necessidade de políticas diferenciadas e sensíveis para abordar essas desigualdades sociais. Embora o aumento da maternidade tardia apresente desafios relacionados à informação reprodutiva oportuna, à prevenção de riscos obstétricos e ao apoio integral às mulheres que adiam a maternidade, a alta prevalência de gravidez não planejada nos grupos mais vulneráveis exige intervenções estruturais que vão além do setor da saúde. Abordar as desigualdades em educação, renda, condições de vida e acesso efetivo a serviços de saúde sexual e reprodutiva é fundamental para reduzir as lacunas observadas.



Os resultados obtidos estão diretamente alinhados com os compromissos estabelecidos na Agenda 2030, particularmente o ODS 3, que visa assegurar saúde e bem-estar ao longo da vida, e o ODS 5, focado na igualdade de gênero e no empoderamento das mulheres. A persistência de gestações não planejadas, com claras disparidades socioeconômicas, evidencia limitações estruturais para o alcance do ODS 3.7, que promove o acesso universal a serviços de planejamento familiar, informação e educação em saúde sexual e reprodutiva. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), esses achados apontam para a necessidade de fortalecer não apenas a cobertura, mas também a qualidade, a pontualidade e a adequação sociocultural dos serviços de atenção primária.

Em relação ao ODS 5, as gestações não planejadas, concentradas nos segmentos mais vulneráveis da população, podem ser interpretadas como um indicador de desigualdade de gênero e social, onde a capacidade de decidir sobre o momento da maternidade é condicionada pela educação, renda, estabilidade dos relacionamentos e acesso efetivo a recursos. Nessa perspectiva, a autonomia reprodutiva não pode ser entendida como uma responsabilidade individual, mas sim como um processo socialmente determinado.

Em suma, esta tese fornece evidências empíricas relevantes sobre as transformações e desigualdades na maternidade em um contexto de transição demográfica, contribuindo para o debate sobre saúde reprodutiva a partir de uma perspectiva crítica situada no âmbito da Saúde Pública. O progresso na redução das desigualdades observadas e na consecução dos ODS 3 e 5 exige políticas intersetoriais que promovam condições de vida dignas, igualdade de gênero e o pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

13. Anexo

Cuestionario del estudio perinatal de Rio Grande del año 2019. Cuestionarios de años anteriores son similares.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE FACULDADE DE MEDICINA DIVISAO DE POPULAÇÃO & SAUDE	
--	--	---

BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO		
01. NOME DA ENTREVISTADORA: _____ No: __ __		nqst19 entr19
02. LOCAL DE NASCIMENTO DO RN: (1) HU/FURG (2) SANTA CASA (3) DOMICÍLIO (4) HOSPITAL DE CARDIOLOGIA (5) A CAMINHO DO HOSPITAL (6) OUTRO: _____		loc19
03. Qual o nome da Sra.?: _____		nmae19
04. A senhora teve filho que nasceu aqui em Rio Grande... Em 2007? (0) Não (1) Sim Em 2010? (0) Não (1) Sim Em 2013? (0) Não (1) Sim E em 2016? (0) Não (1) Sim		par07 par10 par13 par19
05. Qual a data de nascimento do RN (DD/MM): __ __ / __ __ /2019		dn19
06. A que horas ele nasceu? __ __ horas e __ __ minutos		hor19 min19 nrn19
07. NÚMERO DE FILHOS NASCIDOS NESTE PARTO: __ FILHO(S) →SE MÚLTIPLOS, PREENCHA SOMENTE O QST DE GÊMEOS PARA OS DEMAIS.		csus 19
08. A Sra. tem Cartão do SUS? (0) Não (1) Sim e está com ele (2) Sim, mas não trouxe		sex19
09. SEXO DO RN: (1) Masculino (2) Feminino		pn19
10. PESO AO NASCER: _____ gramas (LIVRO DE REGISTRO ENFERMAGEM)		ap119
11. APGAR NO 1º MINUTO: __ __		ap519

12. APGAR NO 5º MINUTO: __ __	par19
13. USO DE PARTOGRAMA PARA ESTE PARTO: (0) NÃO (1) SIM (9) PRONTUÁRIO NÃO ENCONTRADO	epron19
EPISIOTOMIA NO PARTO: (0) NÃO (1) SIM (8) NSA (cesariana) (9) IGN	ie19 hen19 men19
14. DATA DA ENTREVISTA: __ __ / __ __ /19 HORÁRIO DE INÍCIO DA ENTREVISTA: __ __ : __ __	
BLOCO B – PARTO E SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO	
Eu queria começar conversando sobre o seu parto...	
15. (VERIFICAR NO REGISTRO SE O RN NASCEU VIVO). O bebê nasceu vivo? (1) Sim →19 (2) Não	viv 19
16. SE NASCEU MORTO: A morte do bebê aconteceu antes ou durante o trabalho de parto? (1) Antes do trabalho de parto (2) Durante o trabalho de parto	mor19
17. A Sra. tem alguma ideia de qual foi o problema ou o que possa ter causado a morte do bebê? (0) Não →20 (1) Sim	cau19
18. E qual é a sua ideia? _____ OBSERVAR PULO PARA →20 CASO O BEBÊ NÃO TENHA NASCIDO VIVO.	cmor19
19. Que nome a Sra. pretende dar para o nenê? _____	
ADMISSÃO HOSPITALAR E PRÉ-PARTO	
20. O que a Sra. sentiu para vir para o hospital?	
Sangramento (0) Não (1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido	ssan19
Contração ou dor do parto (0) Não (1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido	scon19
Consulta estava agendada (0) Não (1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido	scons19
Encaminhada pelo médico (0) Não (1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido	senc19
Cesárea estava agendada (0) Não (1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido	scesa19
Bebê parou de se mexer (0) Não (1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido	smex19
Por causa do tempo da gestação (0) Não (1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido	stem19
induzido	sliq19
*Perdeu água/líquido (0) Não (1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido	sout19
Outro: _____ :	
21. *SE PERDEU ÁGUA/LÍQUIDO: Antes de perder líquido, a Sra. já estava sentindo dor? (0) Não (1) Sim (9) IGN	rup19
22. Quanto tempo levou para a Sra. ser atendida aqui no hospital? ____ horas ____ min	hate19 mate19
23. Quando o médico ou a enfermeira examinou a Sra. no hospital, estava tudo bem com o seu nenê? (0) Não (1) Sim →26 (9) IGN	exa19 er19

24. A Sra. sabe nos dizer o que havia de errado? (0) Não → 26 (1) Sim (9) IGN	caer19
25. O que era? _____	bcf19
26. O médico ou a enfermeira ouviram o coração do nenê batendo dentro da sua barriga? (0) Não (1) Sim (2) Não foi examinada (9) IGN	pre19
27. Mediram sua pressão? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	bar19
28. Mediram sua barriga? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	pato19
29. Fizeram exame com “bico de pato”? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	toq19
30. Fizeram exame de toque vaginal quando a Sra. foi internada? (0) Não → 35 (1) Sim	toqdo19
31. Este exame doeu? (0) Não → 33 (1) Sim, um pouco (2) Sim, muito	toqno19
32. SE SIM: Por que a Sra. acha que doeu?	toqja19
Porque é normal doer (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind.	toqme19
Porque já estava doendo antes do exame (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind.	toqou19
Porque o médico fez sem cuidado (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind.	toqv19
Outro: _____	toqd19
33. Quantas vezes fizeram este exame de toque vaginal desde que a Sra. chegou ao hospital? ____ vezes	ras19
34. Este exame foi feito por diferentes pessoas/profissionais? (0) Não () Sim, quantos? ____	lav19
35. Foi feita raspagem dos pêlos (pubianos/vagina) no hospital? (0) Não (1) Sim (9) IGN	hdo19
36. Foi feita lavagem intestinal? (0) Não (1) Sim (9) IGN	rbai19
37. Quando foi hospitalizada, a Sra. estava sentindo as dores do (trabalho de) parto? (0) Não (1) Sim (9) IGN	sbai19
38. Antes de iniciar o trabalho de parto...	bols19
A. Foi colocado algum remédio por baixo (na vagina)? (0) Não (1) Sim (9) IGN	baido19
B. Foi preciso colocar soro? (0) Não (1) Sim (9) IGN	atemp19
c. Foi preciso romper a bolsa? (0) Não (1) Sim (9) IGN	apres19
SE SIM EM A OU B: Depois que colocaram o <REMÉDIO E/OU O SORO>, as dores aumentaram?	arom19
(0) Não (1) Sim (9) Não lembra	asang19
39. SE SIM NA QUESTÃO 38: A, B OU C: Porque foi preciso ajudar o nenê nascer?	amor19
	amed19
	atrab19
	aout19

Passou do tempo?	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	
A pressão estava alta?	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	
Porque rompeu a bolsa?	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	
Sangue não combina?	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	
O nenê estava morto?	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	
Porque o médico quis?	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	sor19
Parou o trabalho de parto?	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	
Por outra razão: _____:				sorc19
TRABALHO DE PARTO				
SE NÃO ENTROU EM TRABALHO DE PARTO PULE PARA A 51				
40. Quando a Sra. estava em trabalho de parto, sentindo as dores, foi colocado soro na veia?	(0) Não →43	(1) Sim	(9)IGN	sordo19
41. Foi colocado medicação no soro para aumentar as contrações (dores do parto)?	(0) Não →43	(1) Sim	(9) Não sabe	tpdor19
42. Depois que colocaram esta medicação no soro as dores aumentaram?	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sabe	dchu19 dbol19 dmas19 dban19 dout19
43. E durante o trabalho de parto, a Sra. tinha muita dor?	(0) Não →46	(1) Sim, um pouco	(2) Sim, muita dor	ador19
SE SIM: Eu quero saber se o hospital ofereceu alguns dos seguintes cuidados para aliviar esta dor?				
Chuveiro usar	(0) Não	(1) Sim, e usou	(2) Sim, mas não quis	negd19
Bola usar	(0) Não	(1) Sim, e usou	(2) Sim, mas não quis	pcam19 pqua19 pacor19
Massagem quis usar	(0) Não	(1) Sim, e usou	(2) Sim, mas não	jej19
Banquinho quis usar	(0) Não	(1) Sim, e usou	(2) Sim, mas não	liq19
Outro: _____				liqp19
44. A Sra. pediu por algum remédio ou outra coisa para aliviar a dor?	(0) Não		(1) Sim	
45. Alguém da equipe negou ou deixou de oferecer algum tipo de alívio para a sua dor?	(0) Não	(1) Sim		htp19 mtp19
46. Durante o trabalho de parto, a Sra. podia...				
Sair da cama?	(0) Não	(1) Sim, e eu sai	(2) Sim, mas eu não quis sair	
Andar pelo quarto?	(0) Não	(1) Sim, e eu andei	(2) Sim, mas eu não quis andar	sob19
Andar pelo corredor?	(0) Não	(1) Sim, e eu andei	(2) Sim, mas eu não quis andar	

47. A Sra. teve que ficar em jejum? (0) Não	(1) Sim	(9) IGN	sobp19
48. Durante o trabalho de parto, alguém do hospital ofereceu líquido, água, suco, sopa ou algum tipo de alimento para a Sra.? aceitei (2) Sim, mas eu nao aceitei	(0) Não	(1) Sim, e eu	sobpa19
49. A Sra. pediu algum líquido ou alimento durante o trabalho de parto? (0) Não (1) Sim, e eles trouxeram (2) sim, mas eles nao trouxeram			aco19
50. A Sra. sabe informar quanto tempo ficou em trabalho de parto/sentindo as dores do parto aqui no hospital até o bebê nascer? ____ min	(0) Não	(1) Sim, ____ horas	acod19
51. Antes do bebê nascer, o médico ficou de sobreaviso, ou seja ficou a disposição da Sra. até vir para o hospital? (1) sim (2) não →55			acop19
52. A Sra. teve (ou terá) de pagar à parte por ele ter ficado de sobreaviso? (0) Não →55 (1) Sim (9) Não sabe →55			ama19
53. SE SIM: Quanto a Sra. pagou (ou terá de pagar) ao médico por isto? R\$: _____, _____			aid19 asab19 aque19 anao19 apag19 aoutr19
ACOMPANHANTE NO PARTO			
54. Quando a Sra. baixou/internou para ter o bebê, havia algum familiar/amigo com a Sra.? (0) Não, eu estava sozinha () Sim, quantas pessoas estavam com a Sra? ____			
55. Quando a Sra. estava sentindo as dores do trabalho de parto, havia algum familiar/amigo com a Sra.? (0) Não (1) Sim (9) IGN			
56. E no momento do parto, na hora que o bebe nasceu, havia algum familiar/amigo junto com a Sra.? (0) Não (1) Sim (9) IGN			fez19
57. SE RESPOSTA NEGATIVA NA 54, 55 OU 56 : Por quê ninguém acompanhou a Sra.? 58. A maternidade não permitia (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. 59. Só permitia maior de idade (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. 60. Eu não sabia que podia (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. 61. Eu não queria (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. 62. Não tinha quem ficasse comigo (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. 63. Tinha que pagar para o acompanhante (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. 64. Outro: _____			anes19 aten19 par19
ASSISTÊNCIA DO PARTO			
Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o momento do parto			pbebe19

<p>65. Quem fez o parto? (1) Médico (2) Estudante (3) Enfermeira (4) Parteira (5) Outro: _____ (9) Não sabe</p>	pmae19
<p>66. Foi feita anestesia nas costas para o parto? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe</p>	pdei19
<p>67. Na hora do nascimento, quem atendeu o nenê na sala de parto? (1) Pediatra (2) Obstetra (3) Anestesista (4) Estudante (4) Enfermeira (5) Parteira (6) Auxiliar/Técnico de enfermagem (7) Outro: _____ (9) Não sabe</p>	prec19
<p>68. O parto foi normal ou cesariana? (1) Normal (2) Cesariana</p>	
<p>69. A Sra. sabe o nome de quem fez o parto? (0) Não sabe () Sim, qual o nome dele/a? _____</p>	empur19
<p>70. No momento do parto, qual a posição do <BEBÊ> na sua barriga? Ele estava... (1) De cabeça para baixo/encaixado (2) Sentado (3) De lado/tranversa (4) Outra</p>	ep19
<p>71. Em que posição a Sra. estava quando teve o bebê? (1) Deitada de costas com as pernas levantadas (2) Deitada de lado (3) Sentada/reclinada (4) De quatro apoios (5) De cócoras (6) De pé (7) Deitada: cesariana →74</p>	epane19 eppon19
<p>72. SE OPÇÃO (1) DEITADA: Foi sugerida outra posição que não deitada com as pernas levantadas? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra</p>	avi19 pont19
<p>73. Quem recomendou esta posição? (1) Ninguém, foi ela mesma quem quis (2) Médico/enfermeira (3) Marido ou companheiro (4) Alguém da família (5) Outro: _____</p>	ponta19
<p>74. Na hora do parto, alguém empurrou sua barriga por cima para ajudar o bebê nascer? (0) Não (1) Sim</p>	ponp19
<p>75. A Sra. sabe se foi feito episiotomia, que é um corte embaixo na hora do parto que ajuda o bebê a nascer? (0) Não, não foi feita →80 (1) Sim, foi feita (9) Não sabe</p>	pona19 forc19
<p>76. SE SIM: A Sra. sabe se foi feita anestesia para este corte? (0) Não →78 (1) Sim (9) Não sabe → 78</p>	laq19
<p>77. SE SIM: Esta anestesia foi feita (LER AS OPÇÕES):</p>	

(1) Antes do corte	(2) Na hora de dar os pontos	(3) Nos dois momentos	(9)
Não sabe			cpre19 chos19 csala19 cpart19
78. A Sra. foi avisada de que este corte poderia ser feito?			
(0) Não	(1) Sim	(9) Não lembra	
79. Além destes pontos feitos na episiotomia, houve necessidade de fazer/dar mais pontos?			
(0) Não →81	(1) Sim	(9) Não sabe →81	dmae19 dmed19 dmar19 dout19 motc19
SE SIM: A Sra. se lembra se foi feito anestesia antes de dar estes pontos?			
(0) Não	(1) Sim	(9) Não sabe	
80. SE NÃO FEZ EPISIOTOMIA: Foi necessário dar algum ponto?			
(0) Não →81	(1) Sim	(9) Não sabe →81	
SE SIM: A Sra. se lembra se foi feito anestesia antes de dar estes pontos?			
(0) Não	(1) Sim	(9) Não sabe	
81. Durante o parto, a Sra. se lembra se foi usado fórceps, um tipo de ferro para ajudar o bebê a nascer/a retirar o bebê da sua barriga?			
(0) Não lembra	(0) Não	(1) Sim	
82. A sra. fez laqueadura/ligou as trompas?			
	(0) não	(1) sim	
→ Atenção! Se parto normal pule para 92			
85. Quando foi decidido que seu parto seria cesariana?			
Durante o pré-natal	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.
Logo que chegou ao hospital	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.
Pouco antes de ir pra sala de parto	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.
Na sala de parto	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.
86. Quem decidiu pela cesariana?			
Mãe	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.
Médico	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.
Marido	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.
Outra pessoa: _____			
87. Qual foi o motivo para fazer cesariana?			
(01) Sufrimento fetal (redução batimentos cardíacos/fez cocô dentro da barriga da mãe);			
(02) Desproporção feto-pélvica (bacia pequena/nenê muito grande);			
(03) Distócia de apresentação (o nenê estava sentado/na posição errada);			
(04) Hemorragia materna (teve sangramento);			
(05) Parada de progressão (parou o trabalho de parto/pararam as dores);			
(06) Eclâmpsia, pré-eclâmpsia (pressão alta);			
(07) Pós-maturidade (passou do tempo);			
(08) Morte fetal (o nenê nasceu morto);			
(09) Diabete materna (açúcar no sangue);			
(10) Cesariana de repetição (já fez outra cesariana antes);			
(11) Laqueadura tubária (para ligar trompas/para fazer desvio);			
99=não sabe/não lembra			motou19 porce19 dedu19 delo19 depo19 dequ19 dpart19 quer19 cant19 nsan19

<i>(12) Mãe pediu (a mãe queria que fosse feita cesariana);</i>				ndor19
<i>(13) Médico quis (médico resolveu na hora que queria fazer cesariana);</i>				nbex19
<i>(14) Cesariana programada (cesariana foi marcada previamente durante a gravidez).</i>				nlei19
Outro: _____: _____				nsoz19
_____				nsex19
_____				ndif19
88. SE 12, 13 OU 14, PERGUNTE: Por que a Sra. pediu/o médico quis/cesariana foi programada?				ninf19
_____				nris19
_____				nma19
89. SE RESPOSTA 12: A Sra. decidiu pedir para fazer cesariana...				nbeb19
Durante as consultas de pré-natal?	(0) Não	(1) Sim	(9) Não lembra	ndois19
Assim que chegou à maternidade?	(0) Não	(1) Sim	(9) Não lembra	nneh19
Pouco antes de ir para a sala de parto	(0) Não	(1) Sim	(9) Não lembra	cma19
Quando iniciou o trabalho de parto?	(0) Não	(1) Sim	(9) Não lembra	cbeb19
Já na sala de parto?	(0) Não	(1) Sim	(9) Não lembra	cdois19
90. SE RESPOSTA 12: Quando a Sra. disse que queria fazer cesariana o médico...				cneh19
(1) Aceitou na hora	(2) Disse que não faria, mas depois			
aceitou				
(3) Recusou e teve de trocar de médico	(9) Não lembra			amed19
91. A Sra. já havia feito alguma outra cesariana?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA (primeiro parto)	amepq19
Gostaria de saber a opinião da Sra. sobre o parto...				amae19
92. A Sra. acha que no parto normal a mulher...				amapq19
Tem muito sangramento?	(0) não	(1) sim	(9) não sabe	
Tem pouca dor após o parto?	(0) não	(1) sim	(9) não sabe	asus19
Fica com a bexiga caída?	(0) não	(1) sim	(9) não sabe	aconv19
O leite desce mais rápido?	(0) não	(1) sim	(9) não sabe	apart19
Tem mais dificuldade em cuidar sozinha do bebê?	(0) não	(1) sim	(9) não sabe	
Pode ter relação sexual mais cedo?	(0) não	(1) sim	(9) não sabe	gos19
Pode ficar "diferente" para o sexo?	(0) não	(1) sim	(9) não sabe	raz19
Tem menos infecção vaginal?	(0) não	(1) sim	(9) não sabe	
Tem maior risco de morrer no parto?	(0) não	(1) sim	(9) não sabe	
93. A Sra. acha que o parto normal é bom para quem? Para...				pego19
A mãe?	(0) não	(1) sim, esp.	(2) sim, ind.	

O bebê?	(0) não	(1) sim, esp.	(2) sim, ind.	pro19
Os dois (mãe e bebe)?	(0) não	(1) sim, esp.	(2) sim, ind.	
Nenhum dos dois?	(0) não	(1) sim, esp.	(2) sim, ind.	
ind.				presp19
94. Sra. acha que a cesariana, é bom para quem?				
Para a mãe?	(0) não	(1) sim, esp.	(2) sim, ind.	uti19 utiou19
ind.				
Para o bebê?	(0) não	(1) sim, esp.	(2) sim, ind.	
Para os dois?	(0) não	(1) sim, esp.	(2) sim, ind.	
Para nenhum dos dois?	(0) não	(1) sim, esp.	(2) sim, ind.	
95. A Sra. acha que a maioria dos médicos prefere fazer cesariana, parto normal ou tanto faz?				
(1) cesariana	(2) parto normal	(3) tanto faz		pro119 pro219
SE PREFERE CESARIANA: Por que?				fuor19

96. E as mães, a Sra. acha que a maioria prefere cesariana, parto normal ou tanto faz?				
(1) cesariana	(2) parto normal	(3) tanto faz		desr19
SE PREFERE CESARIANA: Por que?				grit19

_____				debo19
97. A Sra. acha que a mulher tem o direito de escolher o tipo de parto quando baixa...				
Pelo SUS?	(0) não	(1) sim		repre19
Pelo convênio?	(0) não	(1) sim		
Ou somente quando o medico é particular?	(0) não	(1) sim		impe19
98. A Sra, gostaria de ter tido o seu filho por <PARTO NORMAL> <CESARIANA> (INVERTER)?				
(0) Não	() sim, por que?			

_____				pei19
99. Porque a Sra teve <CRIANÇA> por <TIPO DE PARTO> ?				
_____				hpei19
_____				npei 19
Agora, eu gostaria de saber sobre o seu bebê...				
➔ ATENÇÃO! SE NATIMORTO PULE PARA 106				
100. Logo depois que o bebê nasceu, ainda na sala de parto, a Sra. pegou/tocou nele?				
(0) Não	(1) Sim			ama 19
101. <CRIANÇA> teve ou está tendo algum problema de saúde?				
				bic 19

(0) Não	(1) Sim	(9) Não sabe	qbic19
102. <CRIANÇA> Teve ou tem algum problema respiratório?			
(0) Não	(1) Sim	(9) Não sabe	pbic19
103. <CRIANÇA> precisou ficar no berçário ou na UTI?			
(0) Não	(1) Sim, na UTI	(2) Sim, no berçário	abic19
() Outro:	_____	(3) Sim, no alojamento (9) Não sabe	
104. SE SIM: Qual o problema de saúde que a <CRIANÇA> tem ou teve?			ubic19
Problema 1: _____ : ____			
Problema 2: _____ : ____			
105. Foi furada a orelha da <CRIANÇA> para colocar brinco? (menino)			bicdor19
			gli 19
			hgli19
Agora vamos falar sobre o tratamento dado à Sra. desde que chegou neste hospital até agora			
106. Desde que chegou ao hospital, em algum momento a Sra. se sentiu maltratada ou desrespeitada?			bico19
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	hbic19
107. Algum profissional gritou ou xingou a Sra., fazendo com que se sentisse ameaçada ou humilhada?			mam 19
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	hmam19
108. Algum profissional debochou ou fez alguma piada da Sra.?			
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	
109. Algum profissional repreendeu a Sra. por chorar ou gritar de dor, emoção, alegria ou ansiedade durante o trabalho de parto ou parto?			
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	
110. A Sra. foi impedida de ser acompanhada por algum familiar ou amigo durante a internação?			dorm19
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	pqdo19
Agora vamos conversar um pouco sobre amamentação e uso de bico e mamadeira.			
111. A Sra. já colocou o nenê no peito?			qdor19
(0) Não	→113	(1) Sim	
112. Com quantas horas de vida a Sra. colocou o nenê no peito? ____ (00=< de 1 h) → 114			
113. Porque o nenê não foi colocado no peito?			cdorm19
(1) Mãe HIV positivo	(2) Nenê foi para unidade intermediária		
(3) Nenê foi para a UTI	() Outro: _____		
114. A Sra. pretende amamentar seu filho no peito?			nmot19
(0) Não	() Sim, até que idade? ____ meses (77=enquanto quiser; 78=enquanto tiver leite)		
115. A Sra. ou alguém que veio visitar <CRIANÇA> trouxe bico/chupeta aqui para o hospital?			dormpre19
(0) Não	→117	(1) Sim	
		(9) Não sabe	→117

<p>116. SE TROUXE BICO: Quem trouxe bico/chupeta para a <CRIANÇA> aqui no hospital? (1) A própria mãe (2) O pai do RN (3) A avó materna (4) Avó paterna () Outra pessoa: _____</p>	dormre19
<p>117. A Sra. pretende dar bico ou chupeta para o <CRIANÇA>? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe</p>	adorm19
<p>118. A Sra. acha que usar bico é bom, ruim ou indiferente? (0) É bom (1) É ruim (9) É indiferente</p>	adoenf19
<p>119. Com quem aprendeu que usar bico é BOM/RUIM: _____</p>	adorvo19
<p>120. A Sra. pretende dar bico ou chupeta para o bebê dormir? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe</p>	adormae19
<p>Desde que nasceu, seu filho já recebeu...</p>	
<p>121. Chá, água ou glicose (açúcar)? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe SE SIM: Com quantas horas de vida recebeu chás, água ou glicose? ___ horas</p>	
<p>122. Bico ou chupeta? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe SE SIM: Com quantas horas de vida recebeu bico ou chupeta? ___ horas</p>	dorqp19
<p>123. Mamadeira de leite? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe SE SIM: Com quantas horas de vida recebeu mamadeira? ___ horas</p>	dorcri19
<p style="text-align: center;">Eu quero conversar agora sobre a melhor posição para o bebê dormir</p>	
<p>124. Como a senhora acha que o bebê deve dormir? (1) De barriga pra baixo (2) De barriga pra cima (3) De ladinho (4) Outra (9) Não sabe</p>	dorcapa19
<p>124. a) Por uê? _____ _____</p>	dorbic19 dorso19
<p>125. Com quem a Sra. aprendeu sobre colocar o bebê para dormir nesta posição? (1) Mãe/Avó materna do RN (2) Avó paterna do RN (3) Outro da família (4) Médico (5) Campanha () Outra: _____: ___</p>	dorpai19
<p>126. SE NÃO “DE BARRIGA PRA CIMA”: A Sra. aceitaria colocar o seu filho para dormir de barriga para cima? (0) Não (1) Sim, com certeza (2) Talvez (9) Não sabe</p>	camp19 cens19

SE RESPONDEU "NÃO": Por que motivo a Sra. não aceitaria colocar o seu filho para dormir de barriga para cima? _____

cpor19

csal 19

cpret19

locdor19

127. Em alguma das consultas de pré-natal, o médico ou a enfermeira orientou a Sra. sobre a posição que o bebê deve ser colocado para dormir? (0) Não → 130 (1) Sim (9) IGN

SEM SIM: Qual foi a posição que ele(a) recomendou?

- (1) De barriga pra baixo (2) De barriga pra cima (3) De ladinho
(4) Outra (9) Não sabe

128. Se o médico dissesse para Sra. que a posição mais segura para o bebê dormir é de barriga pra cima, a Sra. acreditaria? (0) Não (1) Sim (2) Depende (9) Não sabe

129. E se a enfermeira dissesse a mesma coisa, a senhora acreditaria?
(0) Não (1) Sim (2) Depende (9) Não sabe

130. E se uma avó dissesse que a posição mais segura para o bebê dormir é de barriga para cima, a Sra. acreditaria? (0) Não (1) Sim (2) Depende (9) Não sabe

131. E se a sua mãe dissesse que esta posição é mais segura, a Sra. acreditaria?
(0) Não (1) Sim (2) Depende (9) Não sabe

Eu vou fazer algumas perguntas sobre o local do bebê dormir nos primeiros meses de vida e gostaria de saber se a Sra. "concorda", "discorda" ou "não sabe"

A. Nos primeiros meses de idade, o bebê deve dormir no mesmo quarto dos pais.

- (1) Concordo (2) Discordo (3) Não sei

C. Nos primeiros meses de idade, o bebê pode dormir na mesma cama com outra criança.

- (1) Concordo (2) Discordo (3) Não sei

B. Nos primeiros meses de idade, o bebê deve dormir na mesma cama dos pais, principalmente no inverno, porque é muito frio.

- (1) Concordo (2) Discordo (3) Não sei

D. Nos primeiros meses de idade, é seguro o bebê dormir chupando bico ou chupeta.

- (1) Concordo (2) Discordo (3) Não sei

E. Nos primeiros meses de idade, não é seguro o bebê dormir sozinho.

- (1) Concordo (2) Discordo (3) Não sei

F. Nos primeiros meses de idade, é seguro o bebê dormir junto com os pais.

(1) Concordo	(2) Discordo	(3) Não sei	
<p>132. A Sra. já ouviu falar na campanha “Dormir de Barriga para Cima”? (0) Não →133 (1) Sim (3) Não lembra</p> <p>132. a) O que era ensinado nesta campanha? (1) Colocar a criança para dormir de barriga para cima () Outra resposta: _____: ____ (99) Não lembra</p> <p>132. b) SE RESPOSTA (1): Porque era ensinado colocar o bebê para dormir nesta posição? (1) Para evitar morte súbita do bebê (2) Para evitar que o bebê viesse morrer () Outra: _____: ____ (99) Não lembra</p> <p>133. A Sra. acredita que colocar o bebê para dormir de barriga para cima pode salvar a vida dele? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe</p> <p>134. A Sra. pretende colocar <CRIANÇA> para dormir de barriga para cima? (0) Não (1) Sim (2) Talvez (9) Não sabe</p> <p>135. Onde a Sra. pretende colocar seu bebê para dormir? (<i>ouvir e marcar</i>) (1) Berço ou em cama separada, mas no mesmo quarto em que os pais/adultos dormem (2) Berço/cama separada e em cômodo separado (3) Na mesma cama que a mãe (dormir junto com a mãe); (4) Na mesma cama que os pais (dormir junto com o pai e a mãe) (5) Na mesma cama com o irmão ou outra criança (dormir junto com outra criança) (6) Outro: _____ (9) IGN</p>			
BLOCO C – PRÉ-NATAL E DOENÇAS NA GESTAÇÃO			
Agora vamos conversar sobre sua gravidez			
<p>136. Qual foi a data da sua última menstruação? ____ / ____ / ____ (Não lembra=11/11/11 →138)</p> <p>137. A Sra. tem certeza desta data? (1) Sim (2) Não (3) Mais ou menos</p> <p>138. A Sra. planejou ter esse filho ou engravidou sem querer? (1) Planejou (2) Sem querer (3) Mais ou menos (9) IGN</p> <p>139. Antes de engravidar, quantos quilos a Sra. pesava? _____, ____ kg</p>			<p>dum19</p> <p>dumc19</p> <p>plan19</p> <p>peso19</p>
<p>140. A Sra. fez alguma consulta de pré-natal durante a gravidez? (0) Não →211 (1) Sim (9) IGN</p> <p>141. Onde a Sra. fez a maioria das consultas de pré-natal? (1) Posto de saúde (2) Ambulatório do HU (3) Ambulatório público (INAMPS, etc.) (4) Convênio (5) Médico particular () Outro: _____</p> <p>☛ SE NÃO FOI EM POSTO DE SAUDE (OPÇÃO (1) →144</p>			<p>pren19</p> <p>onpre19</p> <p>ubs19</p>

<p>142. SE FOI EM POSTO DE SAÚDE: Em qual posto de saúde a senhora fez a maioria das consultas de pré-natal ? _____: _____ _____</p>	psf19
<p>143. A senhora sabe se neste Posto de Saúde onde a senhora fez a maioria das consultas de pré-natal tinha Equipe da Saúde da Família? (0) Não (1) Sim (9) IGN (8)NSA</p>	pmm19
<p>143.a) Em alguma destas consultas a Sra. foi atendida por algum médico do Programa Mais Médicos? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	conv19
<p>144. SE FOI EM CONVÊNIO: Qual era o seu convênio? (1) Unimed (2) Ipê (3) Bradesco (4) Notre Daime (5) Cassi (6) Sul América ()Outro: _____ (9) IGN</p>	qpren19 med19
<p>145. Qual o nome do medico ou enfermeira que atendeu a Sra. na maioria destas consultas? _____</p>	
<p>146. A Sra. sabe se esta pessoa era médico ou enfermeiro? (1) Era médico (2) Era enfermeira (9) Não sabe</p>	
<p>147. PESSOA RESPONSÁVEL PELO CONTROLE DE QUALIDADE: LIGAR PARA O POSTO DE SAUDE E PERGUNTAR SE ESTE PROFISSIONAL É DA ESTRATEGIA/PROGRAMA SAÚDE DA FAMILIA: (1) SIM (2) NÃO (9) IGN (8) NSA</p>	preme19 prenf19 prenmf19
<p>148. Nestas consultas de pré-natal a Sra. foi atendida: Somente por médico? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe Somente por enfermeira? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe Por médico e por enfermeira? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe</p>	nmed19 nenf19
<p>149. SE FOI ATENDIDA POR MÉDICO E ENFERMEIRA: Quantas consultas a Sra fez com o médico? ___ __consultas (IGN= 99) E com a enfermeira? ___ __consultas (IGN= 99)</p>	mesme19 mesen19 npren19
<p>150. Durante o pré-natal, a Sra. foi atendida... Pelo mesmo médico? (0) Não, por mais de um (1) Sim, pelo mesmo (8)NSA Pela mesma enfermeira? (0) Não, por mais de uma (1) Sim, pela mesma (8)NSA</p>	conpro19
<p>151. Quantas consultas de pré-natal a Sra. fez? ___ __consultas (IGN = 99)</p>	cmais19
<p>152. Algumas destas consultas foi por problema de saúde da Sra.? (0) Não () Sim. Em quantas destas consultas foi tratado somente da sua doença? ___ __consultas</p>	nsab19
<p>153. A Sra. gostaria de ter feito mais consultas de pré-natal?</p>	ntemp19 nimp19

(0) Não → 154 () Sim, por quê?

153. a) SE NÃO: Por que não fez mais consultas de pré-natal?

Não sabia que estava grávida/descobriu tarde (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind.

Não tinha tempo (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind.

Não achava importante/Não precisava (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind.

Queria esconder a gravidez (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind.

Não conseguiu mais consulta (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind.

Não tinha com quem deixar os filhos (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind.

Não tinha quem a acompanhasse (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind.

Não tinha dinheiro para o transporte (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind.

Não podia faltar ao trabalho (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind.

Outro: _____

154. Em que mês da gravidez a Sra. fez a 1ª. consulta de pré-natal? ___ __ mês (IGN=99)

Agora eu gostaria de perguntar sobre as visitas na sua casa

155. a) Durante a gestação de <CRIANCA>, alguma vez a Sra. recebeu visita na sua casa...

Do agente comunitário de saúde? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe

Do médico do posto de saúde? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe

Da enfermeira do posto de saúde? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe

E da assistente social do posto de saúde, a senhora recebeu visita? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe

Se NÃO em todas acima: PULAR PARA 156

155. b) E nas últimas quatro semanas, a Sra. recebeu alguma destas visita...

Do agente comunitário de saúde? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe

Do médico do posto de saúde? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe

Da enfermeira do posto de saúde? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe

Da assistente social do posto de saúde? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe

SOBRE EXAMES DE SANGUE DURANTE A GRAVIDEZ...

156. A Sra. fez exames de sangue durante a gravidez?

(0) Não () Sim, quantos: ___ __ (88=NSA; 99=Não sabe quantos) (999) IGN

nesc19
nconse19
nfilh19
naco19
ndin19
ntrab19
noutr19

ini19

vags19
vmed19
venf19
vass9

vuags19
vumedf19
vuenf19
vuass19

sang19
hivr19

hiv19

sifr19

7. A Sra. fez teste rápido para HIV na gestação? (0) Não →158 (1) Sim (9) IGN→158

Fez quantos exames? nhivr	Quantos foram positivos? hivrpo	Em que mês da gestação fez o 1º exame? hivr1	E o 2º exame, em que mês fez? hivr2	E em que mês fez o último exame? hivrul

sif19

A Sra. fez algum outro exame para HIV durante a gravidez? (0) Não →159 (1) Sim (9) IGN →159

Fez quantos exames? nhiv	Quantos foram positivos? hivpo	Em que mês da gestação fez o 1º exame? hiv1	E o 2º exame, em que mês fez? Hiv2	E em que mês fez o último exame? hivul

siftra19

9. A Sra. fez teste rápido para sífilis na gestação? (0) Não →160 (1) Sim (9) IGN→160

Fez quantos exames? Nsifr	Quantos foram positivos? sifrpo	Em que mês da gestação fez o 1º exame? sifr1	E o 2º exame, em que mês fez? sifr2	E em que mês fez o último exame? sifrul

sifmed19
sifmedou19

A Sra. fez algum outro exame para sífilis durante a gravidez? (0) Não→161 (1) Sim (9) IGN→161

Fez quantos exames? nsif	Quantos foram positivos? sifpo	Em que mês da gestação fez o 1º exame? sif1	E o 2º exame, em que mês fez? sif2	E em que mês fez o último exame? siful

tsifano19
tsifmes19
tsifdia19
sifvez19
sifintm19
sifintd19

sifonde19
sifondeou

sifaco19

SE NENHUM EXAME POSITIVO, PULE PARA 174!

nsifaco19

161. **SE PELO MENOS UM EXAME POSITIVO DEU PARA SÍFILIS:** A Sra. chegou a fazer tratamento para sífilis?

(0) Não→173 (1) Sim (9) Não sabe/Não lembra →173

sifsano19
sifsmes19

sifcur19

163. **SE SIM:** A Sra. lembra qual medicação usou para tratar sífilis?

(0) Não (1) Sim, espontâneo (Benzetacil/Penicilina) (2) Sim, induzido (Benzetacil/Penicilina) (3) Sim, outro: _____ (9) Não sabe/Não lembra

sifcom19

164. Há quanto tempo a Sra. iniciou o tratamento para sífilis? ___ anos ___ meses ___ semanas

sifcnao19

165. Quantas vezes a Sra. fez a medicação para sífilis? _____ vezes

166. Qual o intervalo de tempo entre as doses? ___ meses ___ dias

sifpqn19

<p>167. Onde a Sra. fez o tratamento para a sífilis? (1) Posto de saúde (2) Ambulatório do HU (3) Ambulatório público (INAMPS, etc) (4) Convênio (5) Médico particular () Outro: _____</p>	sifpqnou
<p>168. A Sra. fez exame de sangue para acompanhar o tratamento da sífilis? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	sifhos19
<p>169. SE SIM: Quantos exames de sangue a Sra. fez? ___ ___ exames</p>	sifhospos19
<p>170. Durante quanto tempo a Sra. fez estes exames? ___ ___ anos ___ ___ mês (se menos de 1 mês=00)</p>	som 19
<p>Depois do tratamento, a Sra. fez algum exame para saber se estava curada da sífilis? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe/Não lembra</p>	msom19 ssom19
<p>171. O seu companheiro também fez tratamento para sífilis? (0) Não fez (1) Sim → 173 (8) Não tem companheiro (9) Não sabe/Não lembra</p>	stem19 sbeb19 ssex19
<p>172. SE NÃO: Por que seu companheiro não fez tratamento para sífilis? (1) Ele não tem sífilis (2) Ele não quis fazer (3) Não sabia que o companheiro precisava fazer (4) Não quis contar para ele sobre a infecção (5) Porque dói () Outro: _____</p>	hpvo19 hpvse19
<p>173. SE NÃO TRATOU: Por que a Sra. não fez tratamento para sífilis? (1) Não quis (2) Não sabia que precisava fazer (3) Porque dói () Outro: _____</p>	hpvpq19 hpvfe19
<p>174. A Sra. fez exame para sífilis quando chegou no hospital? (0) Não → 176 (1) Sim (9) Não sabe/Não lembra → 176</p>	hpvano19 hpvmes19 hpvnao19
<p>175. SE SIM: O resultado deu positivo: (0) Não (1) Sim (9) Não sabe/Não lembra</p>	
<p>176. A Sra. fez algum exame de ultrassom durante a gravidez? (0) Não → 179 () Sim, quantos: ___ ___ (88=NSA; 99=Não sabe)</p> <p>177. SE SIM: Com quantas semanas (ou meses) de gravidez a Sra. estava quando fez o primeiro ultrassom? ___ ___ meses ou ___ ___ semanas (99=IGN)</p> <p>178. Por que a Sra fez ultrassom? Fez para saber... Com quanto tempo de gestação estava (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind.</p>	cp19 apal 19 rep19 tra19 bio19

Se o bebê estava bem O sexo do bebê ind.	(0) Não (0) Não	(1) Sim, esp. (1) Sim, esp.	(2) Sim, ind. (2) Sim,	enc19 ou 19
Agora nós vamos falar sobre HPV e exame de cólo de útero				
179. A Sra. já ouviu falar na vacina do HPV? IGN →185	(0) Não →185	(1) Sim	(9)	erep19 etrat19 ecolp19 ebio19
180. A Sra. sabe para que serve esta vacina? IGN	(0) Não	→182	(1) Sim (9)	biop19
181. SE SIM: A Sra. poderia me dizer para que serve essa vacina? (1) Previne câncer (2) Outra resposta			(9) IGN	biores19
182. Alguma vez a Sra. já fez a vacina do HPV? vezes? _____	(0) Não →184	(_) Sim, quantas		pqco19
183. SEM SIM: Há quanto tempo a Sra. fez a última vacina do HPV? ____ anos ____ meses				
184. SE NÃO FEZ: Por que motivo a Sra. não fez a vacina do HPV? (1) Não sabia que precisava fazer (2) Não tinha a idade mínima para fazer a vacina (3) Não havia vacina nos serviços de saúde onde foi () Outro motivo: _____				cpant19 tctpan19 tcpme19
185. Durante esta gravidez a Sra. chegou a fazer exame para prevenir câncer no útero (colo do útero, Papanicolaou ou CP)?	(0) Não →191	(1) Sim	(9) IGN →191	p dum19 vepe 19 meba19
186. SE SIM: Este exame deu alterado? IGN →192	(0) Não →192	(1) Sim	(9)	escor19 mepa19 exse19 exgi 19
187. SE SIM: O que o medico pediu que a Sra. fizesse? Repetisse o exame dentro de seis meses? Sim, ind. Tratasse com comprimido, creme, etc.? Sim, ind. Solicitou outros exames (biópsia, etc.)? ind. Encaminhou para o medico especialista? Sim, ind. Outro: _____: _____	(0) Não (0) Não (0) Não	(1) Sim, esp. (1) Sim, esp. (1) Sim, esp.	(2) (2) (2) Sim,	rere19 revi 19 oram19 orsif19 pere19 orre19 pefu 19 odorm19 orex19
188. SE ENCAMINHOU PARA O MÉDICO ESPECIALISTA: O que o especialista pediu que a Sra. fizesse? Repetisse o exame dentro de seis meses? ind.	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim,	diex19 att19

Tratasse com comprimido, creme, etc.? ind.	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim,	natt19
Realizou colposcopia?	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	pein19
Realizou biópsia? ind.	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim,	pefin19
189. SE REALIZOU BIÓPSIA: A Sra ficou sabendo do resultado da biópsia? (0) não → 192	(1) Sim	(9) IGN		pedi19 pesem19 pemes19
190. SE SIM: A Sra. se lembra qual foi o resultado desta biópsia? (1) NIC 1 (2) NIC 2 (3) NIC 3 (4) Câncer () Outro _____				oacfol 19
191. SE NÃO FEZ: Porque a Sra. não fez este exame durante a gravidez? Porque... (1) Estava com exame em dia (2) Não sabia que tinha que fazer (3) Sentiu medo/vergonha (4) Médico disse que não precisava fazer () Outra:				cacfol19
_____:				acfol19
192. Antes desta gravidez, alguma vez a Sra. fez este exame para prevenir câncer no útero/colo do útero? do útero? (0) não, nunca fez → 194 lembra → 194	(1) Sim	(9) Não		coacf19 paracf 19
193. SE SIM: Há quanto tempo a Sra. fez o último exame? ____ anos ____ meses (00=menos de 1 ano)				
Durante as consultas de pré- natal o médico ou a enfermeira alguma vez...				
194. Perguntou a data da última menstruação?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	
195. Verificou o seu peso?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	oferr19
196. Mediu a sua barriga (altura uterina)?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	
197. Escutou o coração do bebê?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	
198. Mediu sua pressão?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	
199. Examinou suas mamas?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	ferro19
200. Fez exame ginecológico/exame por baixo?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	
201. Receitou remédio para anemia (sulfato ferroso)? IGN	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	comfer 19 pafer19
202. Receitou vitaminas?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	
203. Orientou sobre amamentação?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	
XXX. Orientou sobre sífilis?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	vitg19
204. Perguntou se estava usando algum remédio?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	
205. Orientou sobre uso de remédios?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	vitnom19
206. Perguntou se a senhora fumava?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	
xxx. Orientou sobre a posição do bebê dormir?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	
207. Orientou sobre exercícios físicos/caminhadas?	(0) Não → 209	(1) Sim	(9) IGN	
208. SE SIM: Disseram que a Sra... (0) não deveria fazer exercício (1) deveria fazer exercícios (2) deveria fazer mais exercício (3) deveria fazer menos exercício				tepa19 trpa19

<p>209. Durante o pré-natal, a Sra. tomou vacina contra o tétano? (0) Não →211 (1) Sim (2) Já estava vacinada →211 (9) IGN →211</p> <p>210. SE SIM: Quantas doses de vacina contra o tétano a Sra. fez/recebeu? ___ doses (7=reforço; 9=IGN)</p> <p>211. Quantos quilos a Sra. pesava no início desta gravidez? ___ Kg (999=IGN)</p> <p>212. Quantos quilos a Sra. pesou agora no final desta gravidez? ___ Kg (999=IGN)</p> <p>213. Este peso do final da gravidez foi quanto tempo antes do parto? ___ dias ou ___ semanas ou ___ meses (99=IGN)</p>	<p>tipa19</p> <p>tedm 19</p> <p>tidm19</p> <p>tedp19</p>
<p style="text-align: center;">Agora vamos conversar sobre ácido fólico</p> <p>214. A Sra. já ouviu falar em ácido fólico? (0) Não →218 (1) Sim (9) Não lembra</p> <p>215. A Sra. começou a tomar ácido fólico antes desta gravidez? (0) Não () Sim, quantos meses antes? ___ meses (00 para menos de um mês)</p> <p>216. A Sra. tomou ácido fólico durante esta gestação? (0) Não →218 (1) Sim (9) Não lembra</p> <p>217. SE SIM: Em que mês da gravidez a Sra... Começou a tomar ácido fólico? ___ mês (99=IGN) Parou de tomar ácido fólico? ___ mês (99=IGN)</p>	<p>tidp19</p> <p>tean19</p> <p>tian19</p> <p>teab19</p> <p>tepp19</p>
<p style="text-align: center;">Agora vamos conversar sobre sulfato ferroso ou medicamento contendo ferro</p> <p>218. A Sra. já ouviu falar em sulfato ferroso ou medicamento contendo ferro? (0) Não →221 (1) Sim (9) Não lembra →221</p> <p>219. A Sra. tomou sulfato ferroso durante esta gestação? (0) Não →220 (1) Sim (9) Não lembra →220</p> <p>SE SIM: Em que mês da gravidez a Sra.... Começou a tomar sulfato ferroso? ___ mês (99=IGN) Parou de tomar sulfato ferroso? ___ mês (99=IGN)</p>	<p>tsa319</p> <p>corr 19</p> <p>ncorr 19</p> <p>corrb19 corra 19 corre19</p>
<p>220. A Sra. utilizou algum tipo de vitamina no lugar do sulfato ferroso nesta gestação? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>SE SIM: Qual o nome desta vitamina? _____</p>	<p>corro19</p> <p>corrc19</p>
<p>☛ QUADRO 1 – MORBIDADE NA GESTAÇÃO ATUAL</p>	<p>tico19</p>

Durante esta gravidez...					
221. A Sra. teve pressão alta?	(0) Não →224	(1) Sim	(9) IGN		tiar19 tido19
222. SE SIM: A senhora chegou a tratar?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		
223. Já tinha pressão alta antes da gravidez?	(0) Não	(1) Sim, mas não tratou	(2) Sim, e tratou	(9) IGN	tcor119 tcor219
224. Ainda durante a gravidez, a Sra. teve diabetes?	(0) Não →226	(1) Sim, mas não tratou	(2) Sim, e tratou	(9) IGN	pur19
225. Já tinha diabetes antes da gravidez?	(0) Não	(1) Sim, mas não tratou	(2) Sim, e tratou	(9) IGN	mpur19
226. A Sra. teve depressão ou problema de nervos/nervoso?	(0) Não	(1) Sim, mas não tratou	(2) Sim, e tratou	(9) IGN	pur319
227. Já tinha depressão ou problema de nervos/nervoso antes da gravidez?	(0) Não	(1) Sim, mas não tratou	(2) Sim, e tratou	(9) IGN	
228. A Sra. teve anemia?	(0) Não	(1) Sim, mas não tratou	(2) Sim, e tratou	(9) IGN	ubanh19 udor19 utos19 ufor19 uex19 utod19
229. Já tinha anemia antes da gravidez?	(0) Não	(1) Sim, mas não tratou	(2) Sim, e tratou	(9) IGN	
230. A Sra. teve ameaça de aborto?	(0) Não	(1) Sim, mas não tratava	(2) Sim, e tratava	(9) IGN	purme19
231. A Sra. teve ameaça de parto prematuro?	(0) Não	(1) Sim, mas não tratou	(2) Sim, e tratou	(9) IGN	cver19 cimp19 cpass19 cinc19 cout19
232. A Sra. teve sangramento nos últimos três meses?	(0) Não	(1) Sim, mas não tratou	(2) Sim, e tratou	(9) IGN	
233. A Sra. teve corrimento vaginal nesta última gravidez?	(0) Não →239	(1) Sim	(9) IGN		puror19
234. SE SIM: Quantas vezes a Sra. teve corrimento durante toda a gravidez?	___ vezes (77=durante toda a gravidez; 88=não se aplica; 99=IGN)				
235. Que cor era a maioria destes corrimentos?					
Branco–amarelado:	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	(9) IGN	mpro19
Amarelado:	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	(9) IGN	mliq19
Esverdeado:	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	(9) IGN	mmed19
Outra: _____:	_____				mfis19 mexe19 qexe19
236. Este(s) corrimento(s) tinha(m) cheiro ruim?	(0) Não	(1) Sim, sempre	(2) Sim, as vezes	(9) IGN lembra	purfal19
237. Quando a senhora estava com corrimento, o que a senhora sentia/tinha?					
Coceira:	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	(9) IGN	

<p>Ardência para urinar: (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. (9) IGN Dor durante relações sexuais: (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. (9) IGN</p>	<p>tedor19 tesan19 ures 19 tipus19 urich19 tiard19</p>
<p>238. Durante esta gravidez, alguma vez a senhora fez tratamento para este(s) corrimento(s)? (0) Não, nunca (1) Sim, com que tratou? _____</p>	
Agora gostaria de conversar sobre perda de urina...	
<p>239. Durante esta gestação a Sra. alguma vez perdeu urina sem querer? (0) Não →253 (1) Sim (9) Não sabe</p>	<p>urima 19 tife19 term19</p>
<p>240. SE SIM: Em que mês de gravidez começou essa perda de urina? ____ mês (88=NSA; 99=IGN)</p>	
<p>241. Nos últimos três meses da gravidez, a Sra. alguma vez perdeu urina sem querer? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe</p>	<p>feze19 nequ19</p>
<p>Agora eu gostaria de saber se a senhora perde urina...</p>	
<p>242. Antes de chegar ao banheiro? (0) Não (1) Sim 243. Quando dorme? (0) Não (1) Sim 244. Quando tosse ou espirra? (0) Não (1) Sim 245. Quando faz força? (0) Não (1) Sim 246. Quando faz exercício físico? (0) Não (1) Sim 247. O tempo todo? (0) Não (1) Sim</p>	<p>mequ119 mequ2 19</p>
<p>248. Durante o pré-natal a Sra. contou para o seu médico sobre o problema de perda de urina sem querer? (0) Não (1) Sim →250</p>	<p>mequ119 equpos19</p>
<p>249. SE NÃO: Por que a Sra. não comentou com ele?:</p>	
<p>Vergonha (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. Achava que não era importante (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. Achava que ia passar (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. Não incomodava muito (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. Outros motivos: _____</p>	<p>titu19 ritu19</p>
<p>250. A Sra. recebeu alguma orientação sobre como lidar com este problema de perda de urina? (0) Não →252 (1) Sim</p>	
<p>251. SE SIM: O que o médico lhe recomendou?</p>	
<p>Usar produtos de proteção e higiene pessoal? (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. Urinar mais vezes, tomar menos líquido? (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. Receitou algum tipo de medicamento? (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. Para fazer fisioterapia? (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. O médico recomendou algum tipo de exercício (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. SE SIM: Qual? _____</p>	<p>atb1 19 matb1 19 atb2 19 matb2 19 atb3 19 matb3 19</p>
<p>252. A Sra., alguma vez, faltou ao trabalho por causa deste problema de perda de urina? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra</p>	
<p>253. Durante esta gestação de <CRIANCA> a Sra...</p>	
<p>254. Teve dor para urinar? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra 255. Teve sangue na urina? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra 256. A urina estava escura? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra</p>	<p>tab19 hgra19</p>

257. Tinha pus na urina?	(0) Não	(1) Sim	(9) Não lembra	
258. A urina estava com mau cheiro?	(0) Não	(1) Sim	(9) Não lembra	pgra1 19
259. Tinha ardência para urinar?	(0) Não	(1) Sim	(9) Não lembra	pgra2 19
260. Depois de urinar, a Sra. continuava com vontade de urinar mais ainda?	(0) Não	(1) Sim	(9) Não lembra	ureg19
262. A Sra. tinha febre?	(0) Não	(1) Sim	(9) Não lembra	
263. SE SIM: Mediu com termômetro?	(0) Não	(1) Sim	(9) Não lembra	
265. Durante esta gestação a Sra. fez exame para saber se tinha infecção urinária?	(0) não →275	(1) sim	(9) Não lembra	
266. Quantos exames de urina a senhora fez? ___ exames (99=IGN; 88=NSA)				
267. SE FEZ EXAME: A Sra. se lembra em que mês de gravidez fez o primeiro exame?	(0) não, não lembra	() Sim, em que mês de gravidez foi? ___ mês		rem1 19
268. SE FEZ MAIS DE UM EXAME: A Sra. lembra em que mês da gravidez foi feito o 2º exame de urina?	(0) não, não lembra	() Sim, em que mês foi? ___ mês		ri1 19 rp1 19
269. SE FEZ MAIS DE DOIS EXAMES: E o último exame de urina em que mês foi feito? ___ mês				rem2 19
270. SE SIM: Algum destes exames deu positivo, ou seja, deu que a Sra. estava com infecção urinária?	(0) não →275	() Sim, quantos? ___ exames	(9) Não lembra	ri2 19 rp219
271. SE SIM: Em alguma dessas vezes o médico receitou algum antibiótico para tratar esta infecção?	(0) Não →274	() Sim, quantas vezes? ___ vezes	(9) IGN	rem3 19
272. SE SIM: A Sra. lembra o nome deste/s antibiótico/s?	(0) não →274	(1) sim		ri319 rp319
273. SE SIM: Qual era o nome?				rem419
Atb1: _____				ri4 19 rp419
Em que mês de gravidez a Sra. estava quando tomou? ___ mês (99=Não sabe)				rem5 19
Atb2: _____				ri519 rp519
Em que mês de gravidez a Sra. estava quando tomou? ___ mês (99=Não sabe)				fpop19
Atb3: _____				
Em que mês de gravidez a Sra. estava quando tomou? ___ mês (99=Não sabe)				tocor 19
274. A Sra. teve de ser hospitalizada por causa de alguma infecção na urina nesta gestação?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	
Eu gostaria de continuar conversando sobre a saúde da Sra...				
275. A Sra. tem, ou já teve, asma ou bronquite?	(0) Não	(1) Sim, tem	(2) Sim, já teve	
276. A Sra. esteve internada alguma vez por qualquer doença durante esta gravidez?	(0) Não →278	() Sim, quantas vezes? ___ vezes		febre19
277. Qual foi o problema?				feterm19
Problema 1: _____:				
Problema 2: _____:				
278. A Sra. usou algum remédio durante a gravidez?	(0) Não →281	(1) Sim	(9) IGN	ftos19
				fgar19
				fcab19
				fjunt19
				fcorp19
				fcans19

Agora quero que a Sra. diga todos os remédios que usou durante a gravidez, sem esquecer daqueles usados para enjojo, azia, anemia, tratamento de infecção urinária, infecção por baixo, pressão alta ou diabetes.

QUADRO 2 – USO DE MEDICAMENTOS DURANTE A GESTAÇÃO ATUAL

279. Quais foram os remédios que a Sra. tomou durante esta gestação?	280. Em que mês da gravidez a Sra. estava quando...	
Nome do remédio (letras maiúsculas sem acento)	Iniciou	Parou
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
Marque nome do remédio e 88=NSA e 99=IGN	Marque o mês de gravidez; 88=NSA;77=ainda toma;00=já tomava	

280. Algum destes remédios a Sra. conseguiu na farmácia popular?
 (0) Não () Sim, quantos? ____ (9) IGN

fape19
far19
fcal19
fpel19

medpro19
congri19
intgri19

tovacg19

onvacg19

pagvac19

mvacg19

nvacg19

ver19
azul19
verm19

dant19

apior19

aparo19

dlcom19

dparo19

dorsen19

dorfal19

qfalt19

escdor19

Agora, vamos conversar sobre parto prematuro, quando o bebê nasce antes da hora.

281. A Sra. tomou injeção de corticóide para amadurecer o pulmão de <CRIANÇA>?
 (0) Não →284 (1) Sim (9) Não sabe/Não lembra

282. SE SIM: Quantas doses de corticóide a Sra. tomou? ____ dose(s) (9)IGN

283. A Sra. tomou algum hormônio (progesterona) para o bebê não nascer antes da hora?
 (0) Não (1) Sim (9) Não sabe/Não lembra

Eu quero agora conversar com a senhora sobre gripe, inclusive a gripe suína.

PERGUNTAS SOBRE A VACINA DA GRIPE

284. Durante esta gravidez a Sra. teve febre? (0) Não →299 (1) Sim

285. SE SIM: A Sra. mediu com termômetro? (0) Não (1) Sim

Junto com a febre a Sra. tinha:

286. Tosse? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra
 287. Dor de garganta? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra
 288. Dor de cabeça? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra
 289. Dores nas juntas? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra
 290. Dores no corpo? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra
 291. Cansaço? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra
 292. Falta de apetite? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra
 293. Falta de ar? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra
 294. Calafrios/tremedeira (0) Não (1) Sim (9) Não lembra
 295. Manchas vermelhas na pele? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra

296. A Sra. consultou com médico por causa desse problema? (0) Não →299 (1) Sim

297. O médico confirmou para a Sra. que era gripe? (0) Não (1) Sim

298. A Sra. precisou internar por causa da gripe? (0) Não (1) Sim

299. Durante esta gestação a Sra. tomou vacina contra a gripe? Sim	(0) Não → 303	(1)	dlar119
300. SE SIM: A Sra. tomou essa vacina no... (1) Posto de saúde (3) Consultório médico ou clínica particular () Outro: _____	(2) Ambulatório (HU/SC/PAN/INPS)		dlar319
301. A Sra. teve que pagar por esta vacina? (0) Não ____ / ____	() Sim, quanto pagou? R\$ ____		dcome19
302. Com quantos meses de gravidez a Sra. estava quando tomou a vacina? ____ meses			dcome19
303. SE NÃO TOMOU: Por que não tomou? _____			daliv19
Vamos falar agora sobre dor nas costas			escdor219
305. Nos últimos 12 meses <DESDE MÊS DO ANO PASSADO PRA CÁ> a Sra. teve dor em algumas das seguintes regiões das costas: (PEDIR PARA ELA APONTAR NA FIGURA 1) Região verde (0) Não (1) Sim Região azul (0) Não (1) Sim Região vermelha (0) Não → 315 (1) Sim			dena19 denm19
306. Esta dor começou antes ou durante a gravidez? IGN	(1) Antes (2) Durante → 309	(9)	deng19
307. SE <u>ANTES</u> : Esta dor piorou durante a gravidez? IGN	(0) Não (1) Sim	(9)	dendo19 sgeng19
308. SE <u>ANTES</u> : Esta dor desapareceu durante a gravidez? IGN	(0) Não (1) Sim	(9)	infge19 carie19 extra19 revis19 enca19
SE DOR LOMBAR COMEÇOU ANTES DA GRAVIDEZ → 311			
309. SE <u>DURANTE</u> : Em que mês da gravidez esta dor começou? ____ mês			6dor19
310. SE <u>DURANTE</u> : Esta dor desapareceu durante a gravidez?	(0) Não (1) Sim (9) IGN		6sang19 6infg19 6out19
311. A Sra. sentia essa dor sempre ou de vez em quando aliviava? (1) Tinha dor sempre (2) De vez em quando aliviava (9) Não sabe			rang19
312. A Sra. teve que faltar ao trabalho por causa desta dor? Sim	(0) Não → 314 (9) IGN	(1)	doacor19
313. SE SIM: Quantas vezes a Sra. faltou ao trabalho? ____ vezes			docab19

314. Em uma escala de 0 a 10, de quanto era a sua dor, considerando que "0" significa não ter dor (ausência de dor) e 10 significa dor muito forte. (PEDIR QUE APONTE NA FIGURA 2 E DEPOIS ANOTE.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

315. Durante a gravidez, a Sra. sentiu dor nesta região? (MOSTRAR A FIGURA 1 E INDICAR A REGIAO LARANJA PARA RESPONDER) (0) Não (1) Sim (9) IGN

316. Durante a gravidez a Sra. sentiu dor nesta região? MOSTRAR A FIGURA 3 E INDICAR A REGIAO LARANJA PARA RESPONDER) (0) Não (1) Sim (9) IGN

SE RESPOSTA NEGATIVA NAS QUESTÕES (315 e 316), →320 (O PRÓXIMO BLOCO)

317. Em que mês da gravidez estas dores começaram? ____ ____ mês

318. A Sra. sentia essas dores sempre ou de vez em quando aliviava?
(1) Tinha dor sempre (2) De vez em quando aliviava (9) Não sabe

319. Em uma escala de 0 a 10, de quanto era a sua dor, considerando que "0" significa não ter dor (ausência de dor) e 10 significa dor muito forte. (PEDIR QUE APONTE NA FIGURA 2 E DEPOIS ANOTE.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

O nosso assunto agora é saúde oral

320. Faz quanto tempo que a Sra. foi ao dentista pela ultima vez?
____ anos ____ meses (00=menos de 1 mês ou de 1 ano; 77=se nunca foi ao dentista)

321. A Sra. foi ao dentista durante esta gravidez? (0) Não →323 (1) Sim (9) IGN

322. **SE SIM:** Por que motivo a Sra. foi ao dentista? A Sra....

Estava com dor de dente?	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	(9) IGN
Tinha sangramento na gengiva	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	(9) IGN
Estava com infecção na gengiva?	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	(9) IGN
A Sra. tinha cárie para restaurar?	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	(9) IGN
Tinha dente para extrair?	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	(9) IGN
Foi para fazer revisão?	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	(9) IGN
Foi encaminhada pelo médico	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	(9) IGN

323. **SE NÃO FOI:** Nos últimos seis meses <DESDE MÊS "X"> a Sra...

Estava com dor de dente?	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sabe
Sangramento na gengiva?	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sabe
Infecção na gengiva?	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sabe
Outro problema? _____:	_____	_____	_____

324. A) A Sra. range os dentes durante o sono pelo menos uma vez por semana?

domes19

dofreq19

pden19

vden19

past19

pastli19

pastm19

(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	
B) A Sra. sente dor ou cansaço na mandíbula (queixo) ao acordar? Sim	(0) Não	(1)	
C) A Sra. sente dor de cabeça ao acordar? IGN	(0) Não	→325	(1) Sim (9)
D) Há quanto tempo a Sra. sente esta dor? ___ ___ mês(es)			
E) Com que frequência a Sra. tem esta dor? (LER AS OPÇÕES DE RESPOSTA) (1) Todos os dias (2) Pelo menos uma vez por semana (3) Pelo menos uma vez por mês (4) De vez em quando			
325. Na última vez que a Sra. foi ao dentista a Sra. teve de pagar?	(0) Não	→327	(1) Sim
326. SE SIM: Quanto a Sra. pagou nesta última vez? R\$ ___ ___ ___ ___ , ___ ___			
O nosso assunto agora é A Pastoral da Criança			
327. A Sra. já ouviu falar na Pastoral da Criança? IGN	(0) Não	(1) Sim	(9)
328. E na líder da Pastoral, a Sra. já ouviu falar?	(0) Não	→330	(1) Sim (9) IGN
329. A líder da pastoral visitou a casa da Sra. no último mês? (9) IGN	(0) Não	(1) Sim	
BLOCO D – HISTÓRIA REPRODUTIVA			
Agora vamos conversar sobre outras vezes que a Sra. engravidou			
330. Quantas vezes a Sra. já engravidou, contando com esta gravidez? ___ ___ vezes Quero que conte todas as gestações, até aquelas que não chegaram ao final. (99=IGN; <u>Se for a primeira gravidez, preencha com 01 e pule para a pergunta</u> →359			ngra19 idgra19
331. Que idade a senhora tinha quando engravidou pela primeira vez? ___ ___ anos			idgra119
332. Que idade a Sra. tinha quando teve o primeiro filho? ___ ___ anos			

333. Quantos filhos nascidos vivos a Sra. já teve? ___ __ vivos	fivi19
334. A Sra. teve algum filho que nasceu morto? (0) Não () Sim, quantos? ___ natimorto/s	fimo19
335. A Sra. teve algum aborto? (0) NÃO () Sim, quantos? ___ abortos/s	tabor19
335. a) SE SIM: Algum deles foi provocado? (0) Não (1) Sim	abpro19
PARA MULTÍPARAS: Dos partos que a Sra. já teve....	
336. Quantos deles foram parto normal/vaginal? ___ __ partos	qparn19
337. E quando deles foram por cesariana? ___ __ partos	qcesa19
SE JÁ TEVE PARTO NORMAL: Foi feito episiotomia? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra	epiant19
(Perguntar sobre a gestação anterior à atual que não terminou em aborto. Se aborto →348)	
Agora gostaria de conversar sobre o seu último filho	
338. Qual a data de nascimento do seu último filho? ___ __/___ __/___ __ (11/11/11 = se primeiro filho; se não teve filho antes)	dnir19
339. Quanto pesou ao nascer este último filho? ___ . ___ __ __ gramas (9999=IGN)	pnul19
340. De quantos meses nasceu o seu último filho? ___ meses	preul19
341. SE NASCEU COM ATÉ 37 SEMANAS (8 MESES): Por que nasceu prematuro? (1) Trabalho de parto prematuro (2) Rompeu a bolsa antes do tempo (3) Sofrimento fetal (4) Apresentou sangramento (5) Diabetes (6) Hipertensão (7) Outro (8) NSA (9) IGN	ppul19
342. A Sra. fumou nesta na gestação deste último filho? (0) Não (1) Sim	fumul19
343. A Sra. teve infecção urinária na gestação anterior? (0) Não →346 (1) Sim (9) Não lembra	ituul19
344. SE SIM: Esta infecção foi confirmada pelo exame de urina? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra	exitul19
345. A Sra. tomou algum remédio para tratar esta infecção? (0) Não () Sim, durante quantos dias? ___ __	rituul19
346. Quantos quilos a Sra. ganhou na gestação anterior? ___ __ Kg(99=IGN)	kgul19
Durante esta última gravidez, do irmão(a) do <BEBÊ>...	
348. A Sra. teve pressão alta? (0) Não →350 (1) Sim, não tratado (2) Sim, tratado (9) IGN	paul 19
	tpaul19

349. SE SIM: Já tinha pressão alta antes da gravidez? (0) Não (1) Sim, não tratado (2) Sim, tratado (9) IGN	dmul19
350. A Sra. teve diabetes?(0) Não →352 (1) Sim, não tratado (2) Sim, tratado (9) IGN	tdmul19
351. SE SIM: Já tinha diabetes antes da gravidez? (0) Não (1) Sim, não tratado (2) Sim, tratado (9) IGN	dpul19
352. A Sra. teve depressão ou problema nervoso? (0) Não →354 (1) Sim, não tratado (2) Sim, tratado (9) IGN	tdpul19
353. SE SIM: Já tinha depressão ou problema nervoso antes da gravidez? (0) Não (1) Sim, não tratado (2) Sim, tratado (9) IGN	anul19
354. A Sra. teve anemia? (0) Não →356 (1) Sim, não tratado (2) Sim, tratado (9) IGN	tanul19
355. SE SIM: Já tinha anemia antes da gravidez? (0) Não (1) Sim, não tratado (2) Sim, tratado (9) IGN	abul19
356. A Sra. teve ameaça de aborto? (0) Não (1) Sim, não tratado (2) Sim, tratado (9) IGN	appul19
357. A Sra. teve ameaça de parto prematuro? (0) Não (1) Sim, não tratado (2) Sim, tratado (9) IGN	coul19
358. A Sra. teve corrimento? (0) Não (1) Sim, não tratado (2) Sim, tratado (9) IGN	tpil19
Eu quero agora falar sobre métodos para evitar filhos antes desta gravidez.	
359. A Sra. já tomou pílula ou injeção para não engravidar? (0) Não, nunca →363 (1) Sim, somente pílula (2) Sim, somente injeção (3) Sim, pílula e injeção (9) IGN	epil19
360. Quando engravidou, a Sra. estava tomando pílula ou injeção? (0) Não, nenhum dos dois (1) Sim, pílula →362 (2) Sim, injeção →362	mpil19
360 a). SE NÃO ESTAVA TOMANDO: Quantos meses antes de engravidar a Sra. parou de tomar a pílula ou injeção? ___ meses	repil 19
361. Quando a Sra. estava sem tomar a pílula ou injeção, a sua menstruação era regular? (0) Não (1) Sim (9) IGN	diuo19
362. 01. A Sra. já ouviu falar em DIU como método para não engravidar? (0) Não →363 (1) Sim (9) IGN →363	diuu19
02. A Sra. alguma vez usou DIU? (0) Não (1) Sim (9) IGN	diupo19
03. Alguém falou para a Sra. sobre colocar DIU após o parto? (0) Não →363 (1) Sim (9) IGN →363	diuq19
SE SIM: Quem falou sobre isso?	

(1) Médico	(2) Enfermeira	(3) Familiar	(4) Outro	(5) IGN	diuco19
04. Agora, neste parto, foi colocado DIU?					diuce19
(0) Não →07	(1) Sim	(9) IGN			diupa19
05. A Sra. colocou o DIU...					diudia19
Durante a cesariana?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		
Imediatamente após o parto?	(0) Não	(1) Sim			diulem19
(9) IGN					
No dia seguinte após o parto?	(0) Não	(1) Sim			
(9) IGN					diun19
06. A Sra. se lembra de alguma orientação dada por quem colocou o DIU?					(0) Não
() Sim, qual/quais?					

_____					rub19
_____					hep19
_____					dhep19
07. SE NÃO COLOCOU: Por que não colocou?					
(1) Medo	(2) Medo de engravidar	(3) Medo de câncer			ghep19
(4) Medo de infecção	(5) Motivo religioso	(6) Outro	(9) IGN		
Eu quero agora falar sobre vacinas.					nhep19
363. Alguma vez na vida a Sra. tomou vacina contra rubéola?					(0) Não (1) Sim (9) IGN
364. E vacina contra hepatite B, a Sra. já tomou alguma vez?					
(0) Não →367	(1) Sim	(9) IGN →367			
365. SE SIM: Quantas doses? ___ doses					nbpn19
366. Alguma destas doses contra hepatite a Sra. tomou durante a gravidez?					
(0) Não	() Sim, quantas doses: ___ doses →368	(9) IGN			nprem19
367. SE NÃO TOMOU: Porque não tomou?					
(1) Não sabia que precisava tomar	(2) Já era vacinada	(8) NSA	(9) Não lembra		
(3) Outra resposta: _____					
Agora gostaria de perguntar sobre quando a Sra. nasceu					nrg19
368. A Sra. nasceu com menos de 2,5 Kg?					(0) Não (1) Sim (9) IGN
IGN					mrg19
369. A Sra. nasceu prematura/antes do tempo?					(0) Não (1) Sim (9) IGN
IGN					idma19
					cas19
					reli19
BLOCO E – CARACTERÍSTICAS DA MÃE E HÁBITOS DE VIDA					

Agora vamos falar um pouco sobre a Sra.

370. A Sra. é natural de Rio Grande? (0) Não (1) Sim

371. Há quanto tempo a Sra. mora em Rio Grande? ___ anos (77=desde que nasceu)

372. Quantos anos a Sra. tem? ___ anos

A Sra. é casada? (0) Não () Sim, quantas vezes a Sra. já se casou? ___

A Sra. pratica alguma religião? (0) Não → 373 (1) Sim (3) Não tenho religião
(9)IGN

SEM SIM: Qual a sua religião? (1) Católica (2) Evangélica (3) Espírita
(4) Candomblé/Umbanda (5) Outra (9) IGN

373. Com quem a Sra. vive?

Com marido ou companheiro? (0) Não (1) Sim

Com filhos? (0) Não () sim, quantos: ___

Com outros familiares? (0) Não () sim, quantos: ___

Com outras pessoas? (0) Não () sim, quantos: ___

374. Até que série a Sra. completou na escola? ___ série do ___ grau

SE NÃO CURSOU NÍVEL SUPERIOR → 376

375. A Sra. completou a faculdade? (0) Não (1) Sim

376. (OBSERVAR) Cor da pele da mãe: (1) Branca (2) Parda/Mulata (3) Preta

377. Qual a cor da sua pele?

(1) Branca (2) Morena/Parda/Mulata (3) Preta

(4) Outra (9) IGN

C1. Gostaria de conversar um pouco sobre como a Sra. tem se sentido ultimamente...

Durante as últimas duas semanas, com que frequência a senhora foi incomodada pelos problemas listados a seguir?

A. Sentir-se nervosa, ansiosa ou muito tensa

(1) Nenhuma vez (2) Vários dias (3) Mais da metade dos dias

(2) Quase todos os dias

B. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações

(1) Nenhuma vez (2) Vários dias (3) Mais da metade dos dias

(4) Quase todos os dias

C. Preocupar-se muito com diversas coisas

reliq19

vima19

vifi19

vifa19

viou 19

serie19

grau19

facul19

corob19

coref19

sener19


conpre19


preoc19

difrel19

agita19

aborr19

(1) Nenhuma vez	(2) Vários dias	(3) Mais da metade dos dias	
(4) Quase todos os dias			senmed19
D. Dificuldade para relaxar			
(1) Nenhuma vez	(2) Vários dias	(3) Mais da metade dos dias	
(4) Quase todos os dias			fumo19 cigdia19
E. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentada			
(1) Nenhuma vez	(2) Vários dias	(3) Mais da metade dos dias	
(4) Quase todos os dias			fuca19 fu6m 19
F. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a			
(1) Nenhuma vez	(2) Vários dias	(3) Mais da metade dos dias	
(4) Quase todos os dias			cig6m19 fu3m 19
G. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer			
(1) Nenhuma vez	(2) Vários dias	(3) Mais da metade dos dias	
(4) Quase todos os dias			cig3m19
Agora vamos falar um pouco sobre cigarro			
378. A Sra. fuma ou já fumou?			
(0) Não, nunca →396 (1) Já fumou (2) Sim fuma, quantos cigarros/dia? ___			
SE FUMA OU JÁ FUMOU: A Sra. costuma/costumava fumar dentro de casa?			
(0) Não (1) Sim (9) IGN			
379. Nos <u>seis meses</u> anteriores a esta gravidez a Sra. fumava?			
(0) Não →381 (1) Sim			
380. SE SIM: Quantos cigarros a Sra. costumava fumar por dia? ___ cigarros			
381. E nos <u>três meses</u> anteriores a esta gravidez a Sra. fumava?			
(0) Não →383 (1) Sim			
382. SE SIM: Quantos cigarros a Sra. costumava fumar por dia nestes <u>três meses</u> ? ___			
QUADRO 7 – TABAGISMO			
Período da gravidez	0 a 3 meses	4 aos 6 Meses	7 meses em diante
383. A Sra. fumou durante esta gravidez? (0) Não (1) Sim (9) IGN	Fu0316 ___	Fu4616 ___	Fu7916 ___
 Fumava todos os dias?	To0316 ___	To4616 ___	To7916 ___

Período da gravidez	0 a 3 meses	4 aos 6 Meses	7 meses em diante
383. A Sra. fumou durante esta gravidez? (0) Não (1) Sim (9) IGN	Fu0316 ___	Fu4616 ___	Fu7916 ___
 Fumava todos os dias?	To0316 ___	To4616 ___	To7916 ___

	((0) não;(1) sim)				
	Quantos cigarros fumava por dia? (99=IGN)	Qc0316 __	Qc4616 __	Qc7916__ __	apori19
ENTRE AS QUE FUMARAM EM ALGUM PERÍODO DA GESTAÇÃO					
384.	A Sra. tentou parar de fumar durante esta gravidez? (0) Não →386 (1) Sim (9) IGN				
385.	Quantas vezes a Sra. tentou parar de fumar <u>durante esta gravidez</u> ? ___ vezes				fuida19
386.	SE AINDA FUMA: A Sra. tem vontade de parar de fumar? (0) Não (1) Sim (9) IGN				ftfum19
387.	Alguma vez durante a gravidez de <CRIANÇA> a Sra. foi orientada a parar de fumar? (0) Não →389 (1) Sim (9) IGN →389 (8) NSA				fproi19
SE SIM:	Quem do serviço de saúde mais orientou a Sra. a parar de fumar?				
Médico		(0) Não	(1) Sim		fqual19
Enfermeiro		(0) Não	(1) Sim		
Algum outro?	_____		(88) NSA (99) IGN		
388.	Após ter recebido a orientação para parar de fumar, quando estava grávida do(a) <NOME DA CRIANÇA>, a Sra. chegou a parar?				fmanh19
(0) Não, não parou		(1) Sim, parou, mas voltou a fumar			
(2) Sim, parou, e não voltou a fumar		(8) NSA	(9) IGN		fdoen19
ENTRE AS QUE FUMAM OU FUMARAM EM ALGUM PERÍODO DA GESTAÇÃO E/OU 3 e 6 MESES ANTES DESTA					
389.	Com que idade a Sra. começou a fumar? ___ anos (88=NSA) (99=IGN)				sabfu19
390.	Quanto tempo após acordar a Sra. fuma (fumava) o seu primeiro cigarro? (3) Dentro de 5 minutos (2) Entre 6 e 30 minutos (1) Entre 31 e 60 minutos (0) Após 60 minutos (9) IGN (8) NSA				fupe19
391.	A Sra. acha (achava) difícil não fumar em locais onde o fumo é proibido (como igrejas, biblioteca, etc.)? (0) Não (1) Sim (9) IGN (8) NSA				fupeca19
392.	Qual o cigarro do dia que lhe traz (trazia) mais satisfação (ou o cigarro que mais detestaria deixar de fumar)? (1) O primeiro da manhã (0) Outros (9) IGN (8) NSA				alco19
393.	A Sra. fuma (fumava) mais frequentemente pela manhã (ou nas primeiras horas do dia) que no resto do dia? (0) Não (1) Sim (9) IGN (8) NSA				
394.	A Sra. fuma (fumava) mesmo quando está (estava) tão doente que precisa (precisava) ficar de cama a maior parte do tempo? (0) Não (1) Sim (9) IGN (8) NSA				
395.	A Sra. sabe que a fumaça do cigarro pode causar vários problemas de saúde para o seu nenê?				

(0) Não (1) Sim (9) IGN (8) NSA

396. Dentre as pessoas que moram na sua casa, alguma delas fuma?

(0) Não →397 () Sim, quantas? ____ (9) IGN

Esta(s) pessoa(s) costuma(m) fumar dentro de casa? (0) Não (1) Sim (9) IGN

Agora vamos falar um pouco sobre o hábito de tomar bebidas de álcool

397. A Sra. costumava tomar bebida de álcool durante a gravidez?

(0) Não →401 (1) Sim (9) IGN

Durante a gravidez, a Sra...		0 a 3 meses	4 aos 6 meses	7 a 9 meses
398. Tomou vinho? (0) não (1) sim		Vi03 ____	Vi46 ____	Vi79 ____
SE SIM	Quantos dias por semana?	Dv03 ____	Dv46 ____	Dv79 ____
	Quanto tomava por dia? (nº de vasilhas)	Qv03 ____	Qv46 ____	Qv79 ____
	Tipo da vasilha? (código abaixo)	tv03 ____	Tv46 ____	Tv79 ____
399. Tomou cerveja? (0) não (1) sim		Ce03 ____	Ce46 ____	Ce79 ____
SE SIM	Quantos dias por semana?	Dc03 ____	Dc46 ____	Dc79 ____
	Quanto tomava por dia? (nº de vasilhas)	Qce03 ____	Qce46 ____	Qce79 ____
	Tipo da vasilha? (código abaixo)	Tc03 ____	Tc46 ____	Tc79 ____
400. Tomou alguma outra bebida como cachaça, caipirinha, uísque, vodka, gim ou rum? (0) não (1) sim		Oub03 ____	Oub46 ____	Oub79 ____
SE SIM	Quantos dias por semana?	Dob03 ____	Dob46 ____	Dob79 ____
	Quanto tomava por dia? (nº de vasilhas)	Qob03 ____	Qob46 ____	Qob79 ____
	Tipo da vasilha? (código abaixo)	Tob03 ____	Tob46 ____	Tob79 ____
Código das vasilhas: 1=copo comum (200 ml); 2=taça, cálice; 3=martelo (100 ml); 4=lata (350 ml); 5=garrafa pequena (300 ml); 6=garrafa (600-720 ml); 7=outro				

ca319
nd319
ca4619
nd4619
ca719
nd719
vas19

Agora vamos falar sobre tomar café e chimarrão

<p>401. Nos três primeiros meses de gravidez a Sra. costumava tomar café pelo menos uma vez por semana? (0) Não→403 (1) Sim (9) IGN (8) Não toma café/não tomou café na gestação →410</p>	<p>qtv19 caff19</p>
<p>402. Quantos dias por semana a Sra. costumava tomar café neste período? ___ dias</p>	<p>chi19</p>
<p>403. E dos 4 aos 6 meses de gravidez, a Sra. costumava tomar café pelo menos uma vez por semana? (0) Não→405 (1) Sim (9) IGN</p>	<p>dchi19</p>
<p>404. SE SIM: Quantos dias por semana a Sra. costumava tomar café neste período? ___ dias</p>	<p>chicu19 chite19 chicha19</p>
<p>405. Do sétimo mês até o final da gravidez, a Sra. costumava tomar café pelo menos uma vez por semana? (0) Não→407 (1) Sim (9) IGN</p>	<p>exgra 19</p>
<p>406. SE SIM: Quantos dias por semana a Sra. tomava café? ___ dias</p>	<p>motex19</p>
<p>407. Em que tipo de vasilha a Sra. costumava tomar café? SE NÃO TOMOU CAFÉ DURANTE A GESTAÇÃO PREENCHER COM “(88) NSA” A P407 408 e 409 E PULAR PARA A PERGUNTA 410 (1) Xícara (2) Xícara de cafezinho (3) Meia taça (4) Copo comum (5) Caneca () outro: _____ (88)NSA</p>	<p>ex319 ex3m19</p>
<p>408. Quantas (citar o nome da vasilha) a Sra. costumava tomar por dia? ___ vasilha</p>	<p>ex4619</p>
<p>409. O café que a senhora tomava era, na maioria das vezes, fraco, forte ou mais ou menos? (1) Forte (2) Fraco (3) Mais ou menos (88)NSA</p>	<p>ex46m19</p>
<p>410. A Sra. tomou chimarrão nos últimos três meses da gravidez? (0) Não→413 (1) Sim (9) Não lembra→413</p>	<p>exul19</p>
<p>411. SE SIM: Quantos dias por semana? ___ dias</p>	<p>exulm19</p>
<p>412. Quanto de chimarrão somente a Sra. tomava por dia? ___ cuias ou ___ térmicas ou ___ chaleiras</p>	<p>qexgra</p>
<p>Agora vamos falar um pouco sobre exercício físico que a Sra. praticou durante a gravidez, sem contar aqueles feitos na escola, no trabalho ou nas tarefas da casa.</p>	
<p>413. Sem contar as lidas da casa ou no seu trabalho fora de casa, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico de forma regular? (0) Não→422 (1) Sim, sempre →415 (2) Sim, de vez em quando→415 (3) Sim, mas parei</p>	<p>expar19</p>
<p>414. SE PAROU: Qual foi o principal motivo para a Sra. ter parado de se exercitar? (1) Achei melhor parar (2) Falta de vontade, cansaço (3) Me machuquei (4) Me sentia enjoada (5) Conselho do médico (9) Não sabe () Outro: _____</p>	<p></p>
<p>415. A Sra. fez estes exercícios nos primeiros três meses de gravidez? (0) Não→417 () Sim, quantas vezes por semana? ___ vezes</p>	<p></p>

<p>416. Quanto tempo duravam estes exercícios? ___ minutos</p> <p>417. A Sra. fez estes exercícios do quarto ao sexto mês de gravidez? (0) Não → 419 () Sim, quantas vezes por semana? ___ vezes</p> <p>418. Quanto tempo duravam estes exercícios? ___ minutos</p> <p>419. E nos últimos três meses de gravidez, a Sra. fez estes exercícios? (0) Não → 421 () Sim, quantas vezes por semana? ___ vezes</p> <p>420. Quanto tempo duravam estes exercícios? ___ minutos</p> <p>SE FEZ EXERCÍCIO DURANTE A GRAVIDEZ:</p> <p>421. Quem disse como a Sra. deveria se exercitar? (1) Médico (2) Professor de educação física (3) Outro profissional de saúde (4) Amigo/parente (5) Ninguém (9) IGN () outro: _____</p> <p>Eu gostaria de saber se a Sra. concorda ou discorda das seguintes afirmativas:</p> <p>422. O exercício físico durante a gravidez torna o parto mais fácil. (1) Concordo (2) Discordo (3) Não sei</p> <p>423. Fazer exercício físico durante a gravidez melhora a saúde do bebê. (1) Concordo (2) Discordo (3) Não sei</p> <p>Agora, o nosso assunto é uso de drogas durante a gravidez...</p> <p>424. Durante a gravidez a Sra. usou alguma destas substâncias? Cocaína? (0) Não (1) Sim, mês que iniciou ___ mês que parou ___ Maconha ? (0) Não (1) Sim, mês que iniciou ___ mês que parou ___ Crack? (0) Não (1) Sim, mês que iniciou ___ mês que parou ___ Alguma outra? (0) Não () Sim, qual? _____: ___</p> <p>— (00=Já usava; 77=Não parou)</p>	<p>exbe19</p> <p>coc19 coin19 copa19 mac19 main19 mapa19 cra19 crin19 crpa19 ousub19 amiz19</p> <p>solit19</p> <p>confia19</p> <p>pacien19</p> <p>impul19</p> <p>preocu19</p> <p>depen19</p> <p>perfec19</p>
<p>C2. Vou lhe perguntar agora sobre algumas sensações e gostaria que a Sra. respondesse “sim” ou “não”...</p>	
<p>1. No geral, tens dificuldades em fazer ou manter amizades? (1) Sim (2) Não</p> <p>2. Te descreverias como uma pessoa solitária normalmente? (1) Sim (2) Não</p> <p>3. No geral, consegues confiar em outras pessoas? (1) Sim (2) Não</p> <p>4. Normalmente, perdes a paciência facilmente? (1) Sim (2) Não</p> <p>5. Te consideras uma pessoa do tipo impulsiva normalmente? (1) Sim (2) Não</p>	

(1) A mãe fez todo o trabalho (3) Empregada	(2) A mãe fez parte do trabalho (4) Outra pessoa	factr19
Agora vamos conversar um pouco sobre o pai de <criança>		
437. Qual o nome completo do pai de <CRIANÇA>? _____		
(maiúsculas sem acento).		
438. Quantos anos ele tem? ___ anos (88=pai falecido/ desconhecido; 99=IGN)		
439. Até que série ele completou na escola? (9 /9= IGN) ___ série do ___ grau SE NÃO CURSOU NÍVEL SUPERIOR →441		
440. Ele completou a faculdade?	(0) Não (1) Sim	(9) IGN idpai19
441. Ele está trabalhando no momento? IGN	(0) Não (1) Sim	(9) facpa19
442. Qual é o trabalho dele? _____		
(tipo e local de trabalho)		
443. Qual é a cor da pele do pai de <criança>? (Ler as TODAS as alternativas, exceto IGN)		
(1) Branca	(2) Parda/Mulata (3) Preta	(9) IGN corpa 19
444. Como foi a reação do pai do nenê quando soube da gravidez?		
(1) Ficou contente gostou	(2) Indiferente	(3) Não soupa19
(4) Não vive com o pai do nenê	(9) IGN	(5) Outra sent 19
445. Como a Sra. sentiu que foi o apoio que recebeu do pai do nenê durante a gravidez?		
(1) Ótimo (5) Péssimo	(2) Bom (9) Se não teve contato com o pai do nenê/não teve apoio	(3) Regular/mais ou menos (4) Ruim
Agora gostaria de saber sobre o pagamento da sua hospitalização para ter o nenê		
446. (OBSERVAR) Quantos leitos para paciente tem no quarto: ___ leitos		
447. A Sra. está hospitalizada como SUS, particular ou convênio?		
(1) SUS	(2) Particular →451 (3) Convênio	(9) IGN sus19
448. A Sra. está pagando alguma diferença em dinheiro pelo parto?		
(0) não	(1) sim	(9) IGN paga 19
449. A Sra. está pagando para o médico obstetra? (0) não →451		
(1) sim	(9) IGN	pagob19
450. Por que a Sra. está pagando o obstetra?		
(1) porque ele é particular	(2) para fazer cesariana	(3) para ligar as trompas pagobp19
(4) outro	(9) IGN	
Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas a respeito da renda da família		

<p>451. No mês passado, quanto receberam as pessoas da casa? (NÃO ANOTAR CENTAVOS. 99999=IGN) R\$ ____ . ____ ____ (Colocar sempre nesta posição a renda do pai) R\$ ____ . ____ ____ (Colocar sempre nesta posição a renda da mãe) R\$ ____ . ____ ____ R\$ ____ . ____ ____</p> <p>A família tem outras fontes de renda? R\$ ____ . ____ ____ R\$ ____ . ____ ____</p>	<p>rpa19 rma19 ro119 ro219</p> <p>ore119 ore219</p> <p>bolsa19</p>
<p>452. A Sra. ou alguém da sua casa recebeu Bolsa Família no mês passado? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>SEM SIM: Qual o valor que recebeu do Bolsa Família? R\$ ____ ____, ____ R\$ ____ ____, ____ R\$ ____ ____, ____</p>	<p>rbolsa1 rbolsa2 rbolsa3</p> <p>chef19</p>
<p>453. Quem é o chefe da família? (1) Pai da criança (2) Mãe da criança (3) Outro</p>	<p>serch19 grach19</p>
<p>SE PAI OU MÃE →458</p>	
<p>454. Até que série o chefe da família completou na escola? (9=IGN) __ série do __ grau SE NÃO CURSOU NÍVEL SUPERIOR →456</p>	<p>fach19</p>
<p>455. <chefe> completou a faculdade? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p>jus19</p>
<p>456. Durante esta gestação, a senhora teve, em algum momento, de recorrer a justiça para garantir algum tipo de tratamento, benefício ou cuidado? (1) Sim, e conseguiu (2) Sim, mas nao conseguiu (3) Não →458</p>	<p>jusben19</p>
<p>457. SE RECORREU (1 ou 2): Que tratamento, cuidado ou benefício foi esse?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p style="text-align: center;">CLASSIFICAÇÃO DE BRONFMAN</p>	
<p style="text-align: center;">As perguntas a seguir referem-se ao trabalho atual ou último trabalho da PESSOA DE MAIOR RENDA da família</p>	
<p>458. Quem é a pessoa de maior renda na família? (1) Pai da criança →462 (2) Mãe da criança →462 (3) Chefe (se este não é 1 ou 2) (4) Outro (9) IGN</p>	<p>prend19</p> <p>chtra19</p>
<p>459. <PESSOA> encontra-se trabalhando no momento? SE APOSENTADO(A), ESTUDANTE, PENSIONISTA, ENCOSTADO →464</p> <p>(0) Não (1) Sim (2) Aposentado (3) Afastado, encostado (4) Estudante (9) IGN</p>	<p>fich19</p>

460. Qual o tipo de firma onde < pessoa > trabalha? _____: __ __	tich19
461. Que tipo de trabalho < pessoa > faz? _____: __ __	chepa19
462. < pessoa > é patrão, empregado ou trabalha por conta? (1) Empregado (2) Empregador (3) Conta própria (4) Biscateiro (5) Parceiro ou meeiro	emp19
Fazer a pergunta seguinte somente se a pessoa for empregador ou trabalha por conta própria	
463. < pessoa > emprega ou contrata empregados? Quantos? __ __ empregados (00=nenhum; 98=98 ou mais; 99=IGN)	desemp19
464. Dentre as pessoas que fazem a refeição juntas na casa, incluindo a Sra, teve alguma que ficou desempregada nos últimos 12 meses?(0) Não → 465 (1) Sim (9) IGN → 465	qdesem19
a. Quem é esta pessoa? (parentesco) (1) Ela própria (2) Marido (3) Pai (4) Mãe (4) Outro	tidesano tdemes
b. Há quanto tempo < pessoa > está desempregado (a)? __ __ anos __ __ meses	proem19
c. Ele (ela) está procurando por emprego? (0) Não (1) Sim (9) IGN	memp19
465. A Sra. ou alguém da sua casa mudou de emprego nos últimos 12 meses? (0) Não (1) Sim (9) IGN	empr19
466. Na sua casa trabalha empregada/ou doméstica/ou mensalista? (0) não () sim, quantos? __ empregado/s mensalista/s	
C3. Vou lhe perguntar agora sobre o apoio que a Sra. tem recebido. Para cada afirmação, gostaria que respondesse “sim” ou “não”	
1. Há uma pessoa especial que se encontra próxima quando necessito. (1) Sim (2) Não	espe19
2. Há uma pessoa especial com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas. (1) Sim (2) Não	partil19
3. A minha família tenta ajudar-me verdadeiramente. (1) Sim (2) Não	ajufa19
4. Tenho a ajuda emocional e o apoio que necessito da minha família. (1) Sim (2) Não	apofa19
5. Tenho uma pessoa que é verdadeiramente uma fonte de conforto para mim. (1) Sim (2) Não	confort9
6. Os meus amigos realmente procuram ajudar-me. (1) Sim (2) Não	ajuami19
7. Posso contar com os meus amigos quando algo corre mal. (1) Sim (2) Não	conami19
8. Posso falar dos meus problemas com a minha família.	probfa19 parami19

(1) Sim (2) Não	
9. Tenho amigos com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.	pesent19
(1) Sim (2) Não	
10. Há uma pessoa especial na minha vida que se preocupa com os meus sentimentos.	fadisp19
(1) Sim (2) Não	
11. A minha família está disponível para me ajudar a tomar decisões.	proami19
(1) Sim (2) Não	
12. Posso falar dos meus problemas com os meus amigos.	
(1) Sim (2) Não	

BLOCO G - EXAMES DA MÃE NO PRÉ-NATAL

Eu gostaria de ver sua carteira de pré-natal para anotar alguns dados

467. A Sra. está com a sua carteira de pré-natal aqui no hospital?
 (0) Não →481 (1) Sim (2) Sim, mas está com a equipe/não devolveram (9) IGN

De posse da carteira, copie os seguintes dados:

468. Data da última menstruação: ___/___/___ (11/11/11= Em branco)

469. Data da primeira consulta de pré-natal: ___/___/_____

470. Data da última consulta pré-natal: ___/___/_____

QUADRO 8- PERÍODO DAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

Mês ou semanas	Número de consultas (carteira)	Número de consultas referidas (confirmar com a mãe a informação da carteira)
1º mês (0 a 4 semanas)		
2º mês (5 a 9 semanas)		
3º mês (10 a 13 semanas)		
4º mês (14 a 18 semanas)		
5º mês (19 a 22 semanas)		
6º mês (23 a 27 semanas)		
7º mês (28 a 31 semanas)		
8º mês (32 a 36 semanas)		
9º mês (37 a 39 semanas)		
9º mês (40 semanas ou mais)		
Total		
(00=Não fez; 99=IGN)		

QUADRO 9 - EXAME FÍSICO

Exame	Número de vezes que foi realizado
Peso	
Pressão Arterial (PA ou TA)	
Altura uterina (AU)	

pesent19

fadisp19

proami19

posse19

dumca19

dpcon

ducon

ncon119

ncon219

ncon319

ncon419

ncon519

ncon619

ncon719

ncon819

ncon91

ncon92

ntot19

npes19

npres19

nalt19

nbat19

nmam19

npap19

Batimentos Cardio-Fetais (BCF)	
Exame das mamas	
Exame de Papanicolaou (CP)	
(00=Não fez; 99=IGN)	

471. Peso referido como anterior à gravidez: ____ ____, ____ kg

472. Peso da mãe na primeira consulta: ____ ____, ____ kg

473. Peso da mãe na última consulta: ____ ____, ____ Kg

474. Número de vezes em que a pressão arterial esteve maior ou igual a 140/90: ____ vezes

pesan

pripe
ultpe

npalt

hemo19
glic19
exur19
exsif
anhiv19
hepab19
hepac19
ultra19

hgb119

hgb2 19

glic119

glic219

vacin19

tribac19

hepatb

grh19

altca19
altref19

nsom19

d1som19

QUADRO 10 - EXAMES

Exame	Número de vezes que foi realizado
Hemograma (Hematócrito-HCT/ Hemoglobina-Hb)	
Glicemia de jejum (GJ)	
Exame de urina (EQU ou EAS)	
Exame de sífilis (VDRL)	
Anti-HIV	
Hepatite B (HBsAg)	
Hepatite C (anti-HCV)	
Ultrassom (US)	
(00=Não fez; 99=IGN)	

475. Valor da primeira hemoglobina ____ . ____ mg/dl

476. Valor da segunda hemoglobina ____ . ____ mg/dl

477. Valor do primeiro exame de glicemia: ____ mg/dL

478. Valor do segundo exame de glicemia: ____ mg/dL

479. Se recebeu vacina:

Contra Influenza (gripe): (0) Não (1) Sim

Tríplice Bacteriana (**dTpa**-Difteria, Tétano e Coqueluche):

(0) Não (1) Sim (2) 1º R (3) 2º R

Hepatite B: (0) Não (1) Sim (2) 1º R (3) 2º R (3)
3º R

480. Grupo RH: (1) Positivo (0) Negativo

EXAMES REALIZADOS DURANTE A GRAVIDEZ. ANOTAR SÓ DO CARTÃO, SE TIVER, OU DE EXAMES QUE A MÃE TENHA TRAZIDO. SE TIVER MAIS DE UM, ANOTAR O RESULTADO SÓ DO EXAME MAIS RECENTE.

481. Altura da mãe anotada do cartão: ___ ___ cm
(Se a mãe não estiver com o cartão, pergunte ___ ___ cm (999=IGN)

482. Quantos exames de ultrassom foram realizados? ___ exames (0=não fez→485)

483. Data do primeiro ultrassom realizado: ___ / ___ / _____
(DAR PREFERÊNCIA PARA ULTRA-SOM REALIZADOS ENTRE A 6ª E A 20ª SEMANA DE GESTAÇÃO)

484. Idade gestacional estimada no ultrassom: ___ , ___ semanas

EM CASO DE NATIMORTO OU ÓBITO DO RN ENCERRE O QUESTIONÁRIO

idges19

BLOCO H – EXAME FÍSICO DO RECÉM-NASCIDO

485. Sexo do RN	(1) Masculino (2) Feminino
486. Comprimento	___ , ___ cm
487. Perímetro cefálico	___ , ___ cm
488. Perímetro torácico	___ , ___ cm
489. Circunferência abdominal	___ , ___ cm
490. Capurro	___ , ___ semanas

sexrn19
comp19
pcef19
ptor19
cabd19
capu19

QUESTIONÁRIO GRUPO: (1) Intervenção (2) Controle

grup19

BLOCO K – DADOS PARA CONTATO

Neste momento, lembrar a mãe de que este é um estudo de acompanhamento e que nós gostaríamos de falar com ela de novo dentro de alguns meses. Para isso, precisamos de informações detalhadas de endereço e telefone. Lembrar que estes dados serão usados EXCLUSIVAMENTE para futuros contatos e apenas os coordenadores do projeto terão acesso a eles.

491. Repita aqui o nome **completo** da mãe do RN (maiúsculas sem acento):

492. Nome que a mãe pretende dar para o RN (maiúsculas sem acento):

493. A Sra. mora onde em Rio Grande?

(1) Rio Grande, centro (2) Rio Grande, bairro: _____
(3) Cassino (4) Bolaxa (5) Povo Novo

(6) Quinta (7) Parque Marinha (8) Ilha dos Marinheiros
() Outra área rural: _____

494. Qual o seu endereço completo? _____
_____ CEP _____ - _____

495. Ponto de referência: _____

496. Se a Sra. tem telefone em casa, qual o número? _____ - _____
(9-9 = não tem telefone)

497. Alguém da casa tem telefone celular? (0) não → 500 (1) sim

498. Nome da pessoa: _____ Relação com a mãe: _____

499. Se alguém tem, qual o número? _____ - _____

Este número de celular funciona também como whatsapp? (0) não (1) sim

500. Há outra pessoa da casa ou próxima que tenha telefone? (0) não → 503 (1) sim

501. Nome da pessoa: _____ Relação com a mãe: _____

502. Qual o número? _____ - _____

503. A Sra. pretende ficar morando nesta casa nos próximos meses ou vai morar noutra casa? (1) vai morar na mesma casa (2) vai morar noutro lugar

SE VAI MUDAR DE ENDEREÇO:

504. Qual o endereço para onde a Sra. vai? _____

Bairro: _____ CEP: _____

505. Ponto de referência: _____

506. Número do novo telefone: _____ - _____ (9-9=não tem telefone)

507. A Sra. poderia nos fornecer o endereço do seu trabalho ou do trabalho de outro familiar?

End.: _____

Bairro: _____ CEP: _____ - _____

508. Nome do empregado: _____ Fone: _____ : _____

MUITO OBRIGADO PELA ENTREVISTA