



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE
LAGARTO**

RAPHAEL ANDRADE ALMEIDA

**FATORES ASSOCIADOS A SINTOMAS DE
DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM MULHERES DO
ESTUDO “NASCER EM SERGIPE”**

**Lagarto – SE
2019**

RAPHAEL ANDRADE ALMEIDA

**FATORES ASSOCIADOS A SINTOMAS DE
DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM MULHERES DO
ESTUDO “NASCER EM SERGIPE”**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Medicina do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do Bacharelado em Medicina.

Orientadora: Prof.^a Dra. Daniela Siqueira Prado

**Lagarto – SE
2019**

RAPHAEL ANDRADE ALMEIDA

**FATORES ASSOCIADOS A SINTOMAS DE
DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM MULHERES DO
ESTUDO “NASCER EM SERGIPE”**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Medicina do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do Bacharelado em Medicina.

Orientadora: Prof.^a Dra. Daniela Siqueira Prado

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientador(a):

1º Examinador:

2º Examinador:

PARECER

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a prevalência de provável depressão pós-parto e sua associação com fatores de risco sociodemográficos, individuais, obstétricos e infantis em mulheres do estado de Sergipe. **MÉTODOS:** Subanálise do estudo de coorte “Nascer em Sergipe” que avaliou 768 puérperas de 11 maternidades do estado de Sergipe no período entre junho de 2015 e abril de 2016. Os dados foram colhidos presencialmente por entrevistas entre 6 e 24 horas após o parto, através de análise de prontuários, e via ligações telefônicas entre 45-60 dias e 6 a 8 meses pós-parto, quando se avaliou sintomatologia depressiva através da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, com ponto de corte ≥ 10 , que foi aplicada a 298 mulheres. A análise dos dados foi realizada através do teste Exato de Fisher e para avaliar diferenças de média foi utilizado análise de Variância (ANOVA). O nível de significância utilizado foi de 5%. **RESULTADOS:** A prevalência de provável de depressão pós-parto foi de 19,1%, não sendo associada a fatores de risco sociodemográficos e infantis. Apresentaram maior chance de depressão pós-parto as pacientes que evoluíram com disfunção sexual [RCA 3,11, IC95% (1,57-6,17)], tentaram interromper a gravidez [RCA 5,09, IC95% (1,23-21,0)], e fumaram durante a gestação [RCA 3,69, IC95% (1,12-12,1)]. **CONCLUSÃO:** A prevalência de provável depressão pós-parto em Sergipe foi alta e foram fatores de risco para essa afecção o tabagismo, tentativa de interrupção da gestação, complicações maternas precoces e disfunção sexual pós-parto.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto; Saúde Materno-Infantil; Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo; Fatores de Risco.

ABSTRACT

PURPOSE: To evaluate the prevalence of probable postpartum depression and its association with sociodemographic, individual, obstetric and child risk factors in women in the state of Sergipe. **METHODS:** Sub-analysis of the "Nascer em Sergipe" cohort study, which evaluated 768 puerpere from 11 maternity hospitals in the state of Sergipe between June 2015 and April 2016. The data were collected in person from interviews between 6 and 24 hours postpartum, through medical records analysis, and via phone calls between 45-60 days and 6 to 8 months postpartum, when depressive symptomatology was evaluated through the Edinburgh Postpartum Depression Scale, with a cut-off point ≥ 10 , which was applied to 298 women. Data analysis was performed using the Fisher Exact test, and Analysis of variance (ANOVA) was used to evaluate mean differences. The level of significance was 5%. **RESULTS:** The prevalence of probable postpartum depression was 19.1% and was not associated with socio-demographic and child risk factors. Presented a greater chance of postpartum depression the patients who progressed with sexual dysfunction [ORa 3,11, 95%CI (1,57-6,17)] attempted to interrupt pregnancy [ORa 5,09, 95%CI (1,23-21,0)], and smoked during pregnancy [ORa 3,69, 95%CI (1,12-12,1)]. **CONCLUSION:** The prevalence of probable postpartum depression in Sergipe was high and smoking, attempted interruption of pregnancy, early maternal complications and postpartum sexual dysfunction were risk factors for this condition.

Keywords: Depression, Postpartum; Maternal and Child Health; Edinburgh Postnatal Depression Scale; Risk Factors.

SUMÁRIO

	Pág.
1 REVISÃO DE LITERATURA.....	03
2 ARTIGO	15
3 REFERÊNCIAS.....	32
APÊNDICE A – ARTIGO NO IDIOMA PORTUGUÊS	39
ANEXO A – NORMAS DA REVISTA	57
ANEXO B – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	68
ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ECLARECIDO	69
ANEXO D – QUESTIONÁRIO HOSPITALAR DA PUÉRPETA.....	71
ANEXO E – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO	107
ANEXO F – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA POR TELEFONE 43 A 60 DIAS APÓS O PARTO	139
ANEXO G – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA POR TELEFONE 6 A 8 MESES APÓS O PARTO	153

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Introdução

O ciclo gravídico-puerperal é um período marcado por alterações físicas, nutricionais e neuro-hormonais, que geram uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos em mulheres (BRUMMELTE, 2016). Os tipos de transtornos desse período são: blues puerperal, transtornos de ansiedade pós-parto, psicose pós-parto e depressão perinatal (O'HARA, 2014). Esta última, também chamada de depressão materna, pode ser fragmentada em dois momentos: depressão pré-natal, definida como o surgimento de sintomas depressivos durante a gestação, e depressão pós-parto, definida pela maioria dos especialistas como o surgimento de sintomas depressivos durante o primeiro ano após o parto (BRUMMELTE, 2016; SIPSMA, 2016). A presente revisão de literatura discutirá acerca desses distúrbios mentais com ênfase na depressão pós-parto.

1.2 Depressão Perinatal

1.2.1 Definição

A quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5) define depressão perinatal como um episódio depressivo maior com início dos sintomas durante a gravidez ou até as quatro primeiras semanas após o parto (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Já os sintomas que surgem no período entre o nascimento e até um ano após o parto são considerados e definidos pela maioria dos especialistas como um episódio de depressão pós-parto (SIPSMA, 2016; TUOVINEN, 2018). Sendo assim, a depressão pós-parto pode começar no decorrer do primeiro ano após o parto ou ser uma continuação da depressão pré-natal (STEWART, 2003).

1.2.2 Manifestações Clínicas / Sintomatologia

Os sintomas desse transtorno apresentam-se nas puérperas como incapacidade de dormir ou dormir por muito tempo, alterações de humor, mudança de apetite, ansiedade, preocupação

extrema, preocupação com o bebê, tristeza ou choro excessivo, sentimento de dúvida, culpa e desamparo, dificuldade de concentração e lembrança, perda de interesse em hobbies e atividades habituais, e pensamentos recorrentes de morte, que podem incluir ideação suicida (PATEL, 2012).

1.2.3 Etiofisiopatologia

A etiologia e fisiopatologia desse transtorno estão associadas a dramáticas mudanças nos hormônios esteroides e peptídicos que alteram os eixos hipotálamo-hipofisário-adrenal e hipotalâmico-hipofisário-gonadal, gerando modificações profundas no humor materno; os hormônios que estão implicados são provenientes das suprarrenais, placenta, gônadas e peptídeos centrais (BRUMMELTE, 2016).

Os fatores biológicos que influenciam e alteram o humor no início do período pós-parto podem se tornar menos relevantes posteriormente, entretanto, o primeiro ano após o parto está repleto de muitos outros estressores, principalmente estressores psicossociais únicos (SIPSMA, 2016). Ainda que a gravidez seja tipicamente associada como um momento feliz, para um número significativo de mães, no período pós-parto, as expectativas de nova maternidade causam sentimento de tristeza, medo e solidão (VLIEGEN, 2014). Sendo assim, a depressão pós-parto pode ser significativamente subtratada, em parte devido ao estigma associado à doença durante o que “deveria” ser um momento feliz, em parte devido à falta de conhecimento, e também em parte devido à relutância de muitas mães em usar medicamentos psicotrópicos durante a amamentação (WERNER, 2015).

1.2.4 Prognóstico Materno-infantil

A depressão pós-parto pode predispor à depressão crônica ou recorrente, que pode afetar o relacionamento entre mãe e filho e o crescimento e desenvolvimento infantil (FLETT, 1995; STEWART, 2003; SOHR-PRESTON, 2006; SURKAN, 2011). Os sintomas depressivos maternos associam-se significativamente a pontuações mais baixas nos marcos do desenvolvimento infantil, sugerindo que os efeitos no neurodesenvolvimento infantil são aditivos: os filhos de mulheres com os sintomas depressivos mais crônicos e graves durante e após a gravidez apresentam as maiores desvantagens no desenvolvimento neurológico

(TUOVINEN, 2018). Filhos de mães com depressão pós-parto podem apresentar maiores problemas cognitivos, comportamentais e interpessoais em comparação aos filhos de mães não deprimidas (FLETT, 1995; SURKAN, 2011). Se não tratada, o efeito negativo no desenvolvimento da criança e no vínculo mãe-bebê pode se tornar risco para ansiedade ou para surgimento de sintomas depressivos na infância e adolescência (PATEL, 2012). Um estudo longitudinal em um país de baixa e média renda documentou que a depressão pós-parto materna está associada a resultados psicológicos adversos em crianças até 10 anos após o quadro materno (DENNIS, 2004).

Uma meta-análise em países em desenvolvimento mostrou que os filhos de mães com depressão pós-parto correm maior risco de estar abaixo do peso e atrofiados (SURKAN, 2011). Além disso, é mais provável que as mães que estão deprimidas não amamentem seus bebês e não procurem cuidados de saúde adequadamente (FLETT, 1995; UPADHYAY, 2017).

1.2.5 Fatores de risco

Muitos estudos têm analisado e discutido a relação de alguns determinantes sociodemográficos, individuais, obstétricos e infantis com a depressão pós-parto. Alguns determinantes de fragilidade econômica, como insegurança alimentar e dívidas, foram observados como modificadores de saúde mental no período perinatal em países de baixa e média renda (MASELKO, 2018). Outros determinantes sociodemográficos como idade materna, raça e nível educacional tem sido constantemente analisados (FISHER, 2012; MARTINI, 2015; GUINTIVANO, 2018). Dentre os determinantes individuais, o histórico de transtorno psiquiátrico, o apoio social e o uso de substâncias (tabagismo, maconha e álcool) também têm apresentado resultados significativos (FISHER, 2012; SIPSMA, 2016; RASMUSSEN, 2017; GUINTIVANO, 2018). O uso de substâncias, a exemplo da maconha, pode ser um marcador para os sintomas depressivos entre pais jovens e, portanto, a triagem para uso desta substância poderia ser importante para melhorar a sua saúde mental desse grupo (SIPSMA, 2016).

No Brasil, um estudo nacional com 23.894 puérperas identificou como fatores de risco significativos para depressão pós parto a cor da pele parda, a classe econômica baixa, o uso de álcool, uma história de transtornos mentais, gravidez não planejada, multiparidade, e mau atendimento durante o parto ou ao recém-nascido, entretanto, não observou associação de

depressão materna com intervenções obstétricas ou neonatais e complicações no parto. A prevalência de depressão pós-parto foi de 26,3% (FILHA, 2016).

1.2.6 Epidemiologia

Os resultados de uma revisão sistemática e meta-regressão de 2017 sugerem que a prevalência global combinada de depressão perinatal é de 11,9%. Entretanto, esse estudo revelou diferença nos valores de prevalência entre grupos de países, sendo maior a prevalência de depressão materna em países de baixa e média renda em comparação com os países de alta renda (WOODY, 2017).

Características, prevalência, e fatores de risco para alterações de saúde mental em mulheres durante a gravidez e no primeiro ano pós-parto têm sido investigados em países de alta renda. Entretanto, a saúde mental perinatal de mulheres que vivem em países de baixa e média renda só começou a se tornar objeto de estudos recentemente. (WORLD BANK, 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008; UPADHYAY, 2017; WOODY, 2017). Nestes países, sugere-se que a carga de transtornos mentais perinatais, incluindo a depressão pós-parto, seja elevada (UPADHYAY, 2017). Sendo assim, destaca-se uma necessidade de maiores pesquisas na área, contribuindo, assim, para a identificação de fatores de risco que auxiliem na triagem e no gerenciamento desses transtornos no ciclo gravídico-materno (WORD BANK, 2005; WOODY, 2017).

1.2.7 Diagnóstico e Rastreamento

Embora a depressão pós-parto seja um problema de saúde significativo para muitas mulheres, o distúrbio muitas vezes permanece não diagnosticado e, portanto, não é tratado (STEWART, 2003; WERNER, 2015). O rastreio da sintomatologia depressiva pode ser realizado através da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo validada para o Português (SANTOS, 2007). Ela é uma escala de 10 itens e cada item tem quatro respostas possíveis de 0 a 3, com pontuação mínima de 0 e máxima de 30, medindo a intensidade dos sintomas depressivos nos sete dias anteriores. Sua administração por telefone foi validada no Brasil, mostrando resultados significativos e facilidade de aplicação. (DE FIGUEIREDO, 2015)

Embora a maioria das puérperas se recupere da depressão pós-parto, ela se torna crônica

em um subgrupo relativamente grande de mulheres (VLIEGEN, 2014). As consequências, tanto para as próprias mulheres quanto para seus filhos, podem ser importantes e durar por muitos anos (BAUER, 2016). Para aconselhar essas pacientes sobre os riscos e benefícios do tratamento da depressão durante a gravidez, os médicos devem avaliar as potenciais consequências da depressão não tratada tanto na mãe quanto no bebê (SCHAFFIR, 2018). Sendo assim, programas específicos precisam incluir avaliações e acompanhamento dessas mães que enfrentam transtornos psíquicos no perinatal, a fim de identificar fatores de risco para a depressão pós-parto, evitando a sua cronicidade e coexistência com outros transtornos desse período; e também avaliar e acompanhar a influência da relação afetiva materna e familiar sobre o desenvolvimento das crianças durante o início da sua infância e além dela (VLIEGEN, 2014). Recomenda-se também que as mães de bebês internados na unidade de tratamento intensivo neonatal sejam rastreadas rotineiramente para depressão pós-parto e tratadas quando necessário (VASA, 2014).

1.2.8 Tratamento

Após a identificação de sintomas depressivos, o tratamento deve ser instaurado. As intervenções devem procurar melhorar tanto os sintomas depressivos quanto os cuidados maternos (BRUMMELTE, 2016). Estudos vêm buscando analisar os efeitos de psicoterapia e de tratamentos farmacológicos na depressão pós-parto (CUIJPERS, 2008).

Evidências sugerem que psicoterapia pode reduzir ansiedade, estresse e insatisfação conjugal (DENNIS, 2017). A terapia cognitiva, por exemplo, é uma terapia não farmacológica viável e adjuvante para mulheres no pós-parto. (SHULMAN, 2018).

O uso de antidepressivos após o parto pode ser útil na prevenção da exacerbação dos sintomas em mulheres com depressão ou transtornos de ansiedade prévios (SCHAFFIR, 2018). Entretanto, o tratamento farmacológico desse distúrbio às vezes não é realizado devido ao desejo da paciente de amamentar, e não há segurança comprovada para uso de alguns psicotrópicos na lactação (NEWPORT, 2002). As drogas mais utilizadas em depressão pós-parto são os inibidores da recaptação de serotonina e da noradrenalina como a venlafaxina e o citalopram (COHEN, 2001; HAIM, 2016).

1.3 Blues puerperal

1.3.1 Definição

Blues puerperal (também chamado de blues materno, baby blues ou melancolia pós-natal) é usado para descrever o conjunto de sintomas femininos que pode ocorrer nos primeiros dias após o parto (GRUSSU, 2013).

1.3.2 Manifestações Clínicas / Sintomatologia

Apresenta sintomas leves que incluem instabilidade emocional, tristeza, choro, irritabilidade, inquietação, confusão, fadiga, dificuldade de concentração, ansiedade generalizada, sentimento de impotência e distúrbio do sono e do apetite (GRUSSU, 2013; KENDELL, R. E., 1981; KENNERLEY, 1989). Eles surgem dentro de horas ou dias após o parto, apresentando um aumento gradual de sua intensidade, com um pico característico entre três e cinco dias após o nascimento (KENDELL, R. E., 1981; KENNERLEY, H, 1981; BUTTNER, 2012; GRUSSU, 2013; VASA, 2014). Geralmente resolve-se espontaneamente dentro de 10 dias após o parto, sem consequências graves para o filho ou a mãe e sua capacidade de cuidar da criança (GRUSSU, 2013; TAKÁCS, 2016).

1.3.3 Etiopatologia e Epidemiologia

Esta síndrome acomete uma alta frequência em mulheres no pós-parto precoce (BUTTNER, 2012), com taxas de prevalência relatadas na literatura variando de 40% a 80% (O'HARA, 2013). Sua etiologia e fisiopatologia ainda não estão totalmente elucidadas, mas há evidências de associação com fatores biológicos e psicossociais (BLOCH, 2003).

Entre os fatores biológicos, destaca-se uma associação entre a maior incidência e a maior intensidade dos sintomas em torno do quinto dia após o nascimento, coincidindo com as drásticas alterações hormonais após o parto, momento em que há uma diminuição acentuada nos níveis hormonais, em particular do estradiol e da progesterona (BLOCH, 2003; GLOVER, 2004; BRUNTON, 2008). Também foi percebido um aumento da atividade noradrenérgica em mulheres que vivenciam o blues pós-parto, causando uma maior sensibilidade ao estresse, e

uma diminuição da atividade serotoninérgica concomitante com o quinto dia pós-parto (BUTTNER, 2012).

1.3.4 Fatores de risco

Entre os fatores psicossociais, a decepção materna com o casamento ou relacionamento, a personalidade da paciente, introversão, má qualidade do sono, medo do parto e falta de apoio social, destacam-se como fatores de risco para o blues puerperal (MALISZEWSKA, 2017).

1.3.5 Associação com outros transtornos psiquiátricos no puerpério

Apesar de ser um distúrbio leve, agudo e autolimitado dos primeiros dias do puerpério (MBOUA, C. P, 2016; MALISZEWSKA, 2017), o blues materno constitui um importante fator de risco para depressão pós-parto e transtornos de ansiedade (DOORNBOS, 2008). Esses distúrbios mentais apresentam uma relação diretamente proporcional, quanto maior os sintomas de melancolia pós-natal, maior o risco de depressão pós-parto (WATANABE, 2008).

1.3.6 Diagnóstico e Rastreamento

Sendo assim, as mulheres com tristeza materna devem ser cuidadosamente observadas nas primeiras semanas pós-parto, com o objetivo de identificar aquelas com risco de desenvolver depressão pós-parto ou transtornos de ansiedade e fornecer tratamento em um estágio inicial do transtorno (DOORNBOS, 2008). Os sintomas psicológicos comumente vivenciados pelas mães nos primeiros dias após o parto podem ser avaliados pela Maternity Blues Scale desenvolvida em 1989 por Kennerley e Gath, um questionário de 28 itens rápido e fácil de administrar (KENNERLEY, H, 1986).

1.4 Transtornos de ansiedade pós-parto

1.4.1 Ansiedade

A ansiedade é um outro transtorno comum de saúde mental que as mulheres

experimentam durante o período perinatal (FONTEIN-KUIPERS, 2015). Evidências crescentes indicam que a ansiedade materna, tanto no período pré-natal como no pós-natal, pode levar a sérios desfechos negativos (DENNIS, 2017). Tais desfechos podem incidir sobre as mulheres, com estudos associando a ansiedade materna com o aumento do medo do parto, à preferência pelo parto cesáreo, taxas mais altas de transtornos alimentares e aumento do risco de cometer suicídio (DUBBER, S., 2015; ENATESCU, 2014; MAHENGE, 2015; PAZZAGLI, 2015). Como também podem incidir sobre o nascimento, com estudos a associando ao aumento das taxas de partos prematuros, menores escores de Apgar; e sobre o desenvolvimento infantil, com o risco de internalizar problemas de comportamento na adolescência (BETTS, 2014; RAZUREL, 2015; ROSENTHAL, 2015; PISONI, 2016).

1.4.2 Epidemiologia

Uma meta-análise publicada em 2017 apresentou uma taxa de prevalência de sintomas de ansiedade de auto relatos de 18,2% no primeiro trimestre, aumentando com a progressão da gravidez para 24,6% no terceiro trimestre, resultando na prevalência de 22,9% nos três trimestres; já no período pós-natal, ela apresentou uma taxa de 17,8% de sintomas significativos de ansiedade nas primeiras 4 semanas após o parto, com as taxas se estabilizando em aproximadamente 15% depois disso (DENNIS, 2017). Outra meta-análise que incluiu apenas estudos que utilizaram o padrão-ouro de entrevistas diagnósticas para determinação de transtornos de ansiedades pós-parto apresentou os seguintes resultados de prevalência combinada por transtorno: 1,66% para transtorno de pânico, 3,59% para transtorno de ansiedade generalizada, 2,49% para transtorno obsessivo-compulsivo, 0,68% para agorafobia, 1,28% para fobia social, 0,03% fobia específica, 1,78% para transtorno de estresse pós-traumático e 0,38% para transtorno de ansiedade sem outra especificação (STEWART, 2003).

1.4.3 Diagnóstico e Rastreamento

Esses resultados confirmam que um amplo conjunto de transtornos de ansiedade é comum entre as mulheres pós-parto, com uma estimativa de que 8,5% das mães experimentam um ou mais transtornos de ansiedade no período puerperal (GOODMAN, 2016). As altas taxas de transtornos mentais reforçam a importância de ter uma triagem perinatal, oferecida até pelo

menos 6 meses após o parto, eficaz para identificar as mulheres com necessidades psicológicas; diagnosticando seus transtornos mentais, intervindo e tratando precocemente para garantir o bem-estar psicológico dessas mulheres e prevenir a cronicidade dos seus problemas psicológicos (DIKMEN-YILDIZ, 2017).

Alguns exemplos de escalas que podem ser utilizadas para a triagem de transtornos de ansiedade são: a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (SANTOS, 2007), devido a alta prevalência de comorbidade entre ansiedade e depressão perinatal (FALAH-HASSANI, 2017); a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, utilizada para avaliar a ansiedade na gravidez e no pós-parto, um instrumento de 14 itens, consistindo de subescalas separadas de depressão e ansiedade, com possibilidade de pontuação de 0 a 21, que enfoca os sintomas afetivos e exclui os sintomas somáticos (BETTS, 2014; ZIGMOND, 1983); a Escala de Diagnóstico Pós-Traumático, amplamente utilizado em diferentes populações de trauma, pois avalia os critérios do DSM-IV para transtorno de estresse pós-traumático sendo, portanto, uma medida diagnóstica (ZIGMOND, 1983); a Escala de Transtorno de Ansiedade Generalizada, uma ferramenta válida e eficiente para triagem de transtorno de ansiedade generalizado, que avalia a sua gravidade na prática clínica e na pesquisa (SPITZER, 2006); e a Escala Obsessiva Compulsiva de Yale-Brown, uma escala ordinal de 10 itens (0-4) que classifica a gravidade separadamente para obsessões e compulsões de transtorno obsessivo-compulsivo de acordo com o tempo ocupado, grau de interferência, sofrimento subjetivo, resistência interna e grau de controle (BLOCH, 2015).

1.4.4 Tratamento

A melhor interpretação das evidências e estudos disponíveis sugere que a terapia cognitivo-comportamental seja o primeiro tratamento oferecido a mulheres grávidas e lactantes com transtornos de ansiedade (MARCHESI, 2016). Também é sugerido que o uso de antidepressivos após o parto pode ser útil na prevenção da exacerbação dos sintomas em mulheres com depressão ou transtornos de ansiedade no pós-parto (UGUZ, 2018). Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina levaram a uma melhora dos sintomas na maioria dos transtornos de ansiedade durante a gestação e no pós-parto, sem efeitos colaterais para os bebês (MARCHESI, 2016; UGUZ, 2018). Há alguma sugestão de que o transtorno de pânico pode ser atenuado ou suprimido em mulheres que amamentaram, no entanto, mais pesquisas são

necessárias para explorar esta possibilidade (GOODMAN, 2016).

1.5 Psicose pós-parto

1.5.1 Definição

A psicose pós-parto é o transtorno psiquiátrico mais grave associado ao puerpério (KENDELL, R. E., 1987). Apesar de amplamente usado por clínicos e pesquisadores, esse termo “psicose pós-parto” não é equivalente a um diagnóstico específico (BERGINK, 2015). Na prática, ele inclui qualquer doença psicótica que ocorra durante os primeiros 12 meses após o parto, como esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão com sintomas psicóticos, distúrbios psicóticos breves e distúrbios psicóticos não especificados (SHARMA, 2014).

1.5.2 Etiologia

A etiologia dessas doenças está relacionada a alterações fisiológicas (hormonais, imunológicas, circadianas) na mulher após o nascimento (BERGINK, 2016). E por isso, as mulheres com psicose puerperal geralmente compartilham alguns sintomas importantes (RAMSAUER, 2018).

1.5.3 Manifestações Clínicas / Sintomatologia

Os sintomas são típicos e apresentam-se rapidamente após o parto, como flutuação de humor, confusão, delírio, comportamento bizarro, insônia, alucinações visuais, auditivas e alucinações incomuns (táteis e olfativas) (WISNER, 1994). Algumas mães desenvolvem pensamentos persecutórios, acreditando que a criança está em perigo de ser roubada, ferida ou envenenada, ou ainda estão convencidas de que seu bebê foi trocado, que ele é mal ou uma encarnação de um demônio ou diabo – distorções de percepção e pensamento que podem contribuir para um medo profundo, hostilidade ou comportamentos ameaçadores para a criança (RAMSAUER, 2018).

1.5.4 Fisiopatologia

As bases fisiopatológicas desse distúrbio ainda estão sendo elucidadas. Estudos recentes sugerem que alterações neuroanatômicas e no funcionamento do receptor 2C da serotonina em regiões límbicas, hipotalâmicas e em áreas do tronco cerebral (regiões relacionadas ao comportamento psíquico materno comum – função motora, motivação) contribuam para o maior risco de desenvolver um episódio de transtorno mental grave no pós-parto (WU, 2016; FUSTÉ, 2017; GAO, 2018).

1.5.5 Epidemiologia

Sua incidência varia de 0,25 a 0,6 por 1.000 nascimentos (BERGINK, 2016).

1.5.6 Tratamento

Devido ao risco de suicídio e infanticídio, a psicose ou mania puerperal é considerada uma emergência psiquiátrica (BERGINK, 2016). Recomendações de tratamento configuram-se em estratégias gerais: tratamento psiquiátrico hospitalar, investigação sobre pensamentos acerca de prejudicar a si mesma ou a seus filhos, avaliação clínica, laboratorial e de imagem, higiene do sono e alimentação estruturada, apoio familiar e social; farmacoterapia: adição sequencial de benzodiazepínicos, antipsicóticos e lítio, e manutenção com lítio para prevenir recaídas, e eletroconvulsoterapia em casos selecionados (BERGINK, 2015).

1.5.7 Medicina Legal

O estudo e debate sobre esse grave distúrbio caminha entre a medicina e o poder judiciário. Por essa razão, é de primária importância que a comunidade psiquiátrica desenvolva diretrizes para o seu tratamento, esclareça a sociedade sobre os efeitos da doença mental no pensamento e comportamento, compartilhando conhecimentos entre a psiquiatria e a lei, para que as decisões sobre tratamento e punição de doentes mentais não sejam deixadas exclusivamente nas mãos do sistema judicial (SPINELLI, 2004).

1.6 Conclusão

A saúde mental no período perinatal é considerada um dos principais problemas de saúde pública, devido ao seu efeito desfavorável sobre os resultados maternos e infantis, além do seu custo econômico significativo para a sociedade se não tratada (AARON, 2015; CHENG, 2015). Existem grupos criados para conscientização pública e profissional a respeito das dificuldades emocionais que as mulheres experimentam durante e após a gravidez, a exemplo do Postpartum Support International (DAVIS, 2018). Conclui-se então, que é importante que a equipe de saúde, principalmente a equipe médica (obstetras e pediatras) e a equipe de enfermagem sejam instruídos sobre a prevalência de transtornos perinatais, seus fatores de risco, sintomas e implicações, para que o diagnóstico precoce seja instruído, iniciado o tratamento, e em conjunto com o apoio familiar, evitar complicações e desfechos desfavoráveis a curto e longo prazo na vida das mulheres e no desenvolvimento de seus filhos (GOODMAN, 2010; VENKATESH, 2016; KENDIG, 2017).

2 ARTIGO

FACTORS ASSOCIATED WITH POSTPARTUM DEPRESSION IN WOMEN FROM A STATE IN THE NORTHEAST OF BRAZIL

Authors: Raphael Andrade Almeida¹; Daniela Siqueira Prado²; Thaynara Santos de Oliveira¹; Rosemar Barbosa Mendes³; Felipa Daiana Bezerra⁴; Ricardo Queiroz Gurgel¹.

1. Graduate student, Department of Medicine of Lagarto, Federal University of Sergipe (UFS), Lagarto, SE, Brazil
2. PhD, Professor, Department of Medicine, Federal University of Sergipe (UFS), São Cristóvão, SE, Brazil
3. Professor (s), Department of Nursing, Federal University of Sergipe (UFS), São Cristóvão, SE, Brazil
4. Nurse, Maternity Nossa Senhora de Lourdes, Aracaju, SE, Brazil

Correspondence: Raphael Andrade Almeida. Square Siqueira de Menezes, 203. Zip code: 49060-650. Aracaju, SE, Brazil.

E-mail: raphaelcmp@hotmail.com; Telephone: (79)98826-3082

Financing: Support Program for University Extension MEC/SESU (PROEXT).

The authors of this article declare that there are no conflicts of interest.

ABSTRACT

PURPOSE: To evaluate the prevalence of probable postpartum depression and its association with sociodemographic, individual, obstetric and child risk factors in women in the state of Sergipe. **METHODS:** Sub-analysis of the " Nascer em Sergipe " cohort study, which evaluated 768 puerpare from 11 maternity hospitals in the state of Sergipe between June 2015 and April 2016. The data were collected in person from interviews between 6 and 24 hours postpartum, through medical records analysis, and via phone calls between 45-60 days and 6 to 8 months postpartum, when depressive symptomatology was evaluated through the Edinburgh Postpartum Depression Scale, with a cut-off point ≥ 10 , which was applied to 298 women. Data analysis was performed using the Fisher Exact test, and Analysis of variance (ANOVA) was used to evaluate mean differences. The level of significance was 5%. **RESULTS:** The prevalence of probable postpartum depression was 19.1% and was not associated with socio-demographic and child risk factors. Presented a greater chance of postpartum depression the patients who progressed with sexual dysfunction [ORa 3,11, 95%CI (1,57-6,17)] attempted to

interrupt pregnancy [ORa 5,09, 95% CI (1,23-21,0)], and smoked during pregnancy [ORa 3,69, 95% CI (1,12-12,1)]. **CONCLUSION:** The prevalence of probable postpartum depression in Sergipe was high and smoking, attempted interruption of pregnancy, early maternal complications and postpartum sexual dysfunction were risk factors for this condition.

Keywords: Depression, Postpartum; Maternal and Child Health; Edinburgh Postnatal Depression Scale; Risk Factors

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a prevalência de provável depressão pós-parto e sua associação com fatores de risco sociodemográficos, individuais, obstétricos e infantis em mulheres do estado de Sergipe. **MÉTODOS:** Subanálise do estudo de coorte “Nascer em Sergipe” que avaliou 768 puérperas de 11 maternidades do estado de Sergipe no período entre junho de 2015 e abril de 2016. Os dados foram colhidos presencialmente por entrevistas entre 6 e 24 horas após o parto, através de análise de prontuários, e via ligações telefônicas entre 45-60 dias e 6 a 8 meses pós-parto, quando se avaliou sintomatologia depressiva através da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, com ponto de corte ≥ 10 , que foi aplicada a 298 mulheres. A análise dos dados foi realizada através do teste Exato de Fisher e para avaliar diferenças de média foi utilizado análise de Variância (ANOVA). O nível de significância utilizado foi de 5%. **RESULTADOS:** A prevalência de provável de depressão pós-parto foi de 19,1%, não sendo associada a fatores de risco sociodemográficos e infantis. Apresentaram maior chance de depressão pós-parto as pacientes que evoluíram com disfunção sexual [RCA 3,11, IC95% (1,57-6,17)], tentaram interromper a gravidez [RCA 5,09, IC95% (1,23-21,0)], e fumaram durante a gestação [RCA 3,69, IC95% (1,12-12,1)]. **CONCLUSÃO:** A prevalência de provável depressão pós-parto em Sergipe foi alta e foram fatores de risco para essa afecção o tabagismo, tentativa de interrupção da gestação, complicações maternas precoces e disfunção sexual pós-parto.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto; Saúde Materno-Infantil; Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo; Fatores de Risco.

1 INTRODUCTION

The pregnancy-puerperal cycle is a period marked by physical, nutritional and neurohormonal changes, which generate greater vulnerability for the development of psychiatric disorders in women.¹ One of the most common disorders of this period is perinatal depression. The fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) defines it as a major depressive episode with onset of symptoms during pregnancy or up to the first four weeks after delivery.² If symptoms arise in the period between birth and up to one year postpartum, it is defined as postpartum depression.^{3,4}

The symptoms of this disorder are in the puerperae, such as inability to sleep or to sleep for a long time, changes in mood, change of appetite, anxiety, extreme worry, worry about the baby, excessive sadness or crying, feelings of doubt, guilt, and helplessness, difficulty concentrating and remembering, loss of interest in hobbies and usual activities, and recurrent thoughts of death, which may include suicidal ideation.⁵

The episode of postpartum depression may predispose to chronic or recurrent depression, which may affect the relationship between mother and child and child growth and development.⁶⁻⁹ Maternal depressive symptoms are significantly associated with lower scores in infant developmental milestones, the more severe and chronic the depressive symptoms are, the greater the disadvantages in the neurological development of the child.⁴ Sons of mothers with postpartum depression may have a higher frequency of cognitive, behavioral and interpersonal problems compared to children of non-depressed mothers.^{7,8}

Sociodemographic, individual, obstetrical and infant determinants have been related to postpartum depression. Determinants of economic fragility, such as food insecurity and debt, were observed as perinatal mental health modifiers in low- and middle-income countries.¹⁰ Among the individual determinants, the history of psychiatric disorder, social support and substance use (smoking, marijuana and alcohol) have also been related to postpartum depression.^{3,11-13} There is still limited data on perinatal mental health problems in developing countries.¹⁴

Brazil is among the ten largest economies in the world and was classified as a high human development country in 2015 by the United Nations Development Program of 2016.¹⁵ However, it is also among the ten most unequal countries in the world, with huge social inequalities expressed by the Gini index of 0.513 in 2015, according to World Bank estimates.¹⁶

The North and Northeast regions are poorer in comparison to South and Southeast and present important differences in the size and types of health services, including prenatal care and perinatal care.¹⁷ Data from the "Nascer no Brasil" study showed that the prevalence of probable postpartum depression was higher in the North and Northeast regions.¹⁸

Considering its unfavorable effect on the maternal-infant binomial, the objective of this study was to evaluate the prevalence of probable postpartum depression and its association with sociodemographic, individual, obstetrical and child risk factors in women from 11 public and private maternity hospitals in the state of Sergipe.

2 METHODOLOGY

2.1 Study Design and Population

This article is a subanalysis of the cohort study "Nascer em Sergipe", an investigation on prenatal care, childbirth and puerperium, performed between June 2015 and April 2016 in the state of Sergipe. The method used in the study "Nascer no Brasil"¹⁹ was reproduced, and local team training was carried out by a team from the national study. All 11 public and private maternity hospitals in the state were included.

The data were collected through: face-to-face interviews with the puerperae, performed between 6 and 24 hours after delivery; information from the pregnant woman's card, and the medical records of the woman and the newborn after discharge (or death); and follow-up telephone interviews conducted between 45-60 days to evaluate information regarding breastfeeding, and 6-8 months to evaluate information regarding postpartum depression and postpartum sexual dysfunction.

The sample size was calculated considering a cesarean rate of 38%²⁰ totaling 358 women to be interviewed, but in order to increase the power of the study, evaluate associations with other variables and predict loss of follow-up, the sample was doubled to 768 puerperal women and their concepts. This value was calculated for an estimate of the prevalence of cesarean section considering all institutions with 500 or more births in the state of Sergipe, with a 95% confidence interval. An allocation proportional to the size of the institutions was adopted to distribute the calculated sample size.

We included all randomly selected women admitted at the time of delivery in the selected maternities and their concepts, alive or dead, with birth weight greater than or equal to

500g and / or gestational age greater than or equal to 22 weeks, provided they accepted to participate in the study and sign the Term of Free and Informed Consent (TFIC).

Were excluded the women who had birth at home or in transit, who did not speak and / or understand Portuguese or who could not be contacted by telephone between 45 and 60 days and 6 to 8 months after delivery. No puerpare considered eligible refused to participate.

There was a loss of follow-up of 201 participants (27.3%) in telephone interviews of 45-60 days and of 470 participants (61.2%) in telephone interviews with 6-8 months.

2.2 Study Variables

2.2.1 Independent variables

The independent variables of the study were grouped as presented in the theoretical model (Figure 1). The selected risk factors were based on studies and systematic reviews, highlighting data from low- and middle-income countries.^{10,12,17,21-23}

The sociodemographic risk factors evaluated were: level of schooling; presence or not of a source of personal income (labor, aid or other sources); maternal age at birth (10-19, 20-34, ≥ 35); self-reported skin color (white or non-white); civil status (with partner or without partner) and source of financing of the service: public (SUS systems) or private (private or granted by healthcare companies).

The individual risk factors evaluated were: desire to conceive / planned pregnancy; attempt to interrupt the current pregnancy using any medication or some other method; history of mental disorder (affirmative answer to the question "before this pregnancy, were you diagnosed with a mental disorder that required follow-up by a specialist?" during the interview); practice of smoking before the current pregnancy and use of alcohol (beer, beer or some other alcoholic beverage) during pregnancy.

The obstetric risk factors evaluated were: number of previous deliveries (0; 1-2; ≥ 3); presence of an unfavorable obstetrical history (history of abortion or loss of less than 5 months of pregnancy, live births with death in the first month of life, fetal death with 5 months or more of gestation or having a weight ≥ 500 g, newborn weighing less of 2,500 g, history of preterm birth); whether or not prenatal care is performed in the current pregnancy; early prenatal onset, greater than 4 months; number of prenatal visits performed with a doctor, nurse or midwife during the current gestation; (gestational diabetes, gestational or pre-gestational hypertension,

obesity, AIDS, gestational age less than 37 weeks or greater than 41 weeks at birth, multiple gestation, presentations non-cephalic, birth weight less than 2,500g or greater than 4,499g lower than the 5th percentile or above the 95th percentile of weight for gestational age); history of hospitalization during current gestation; type of delivery: normal vaginal delivery, elective cesarean section, or intrapartum cesarean section (cesarean section in patients who went into labor); presence of companion during childbirth and birth; episiotomy; (reference to at least one of the following manifestations: fever, bleeding, need for blood transfusion, pain in the perineum or cesarean section and need for puerperal hysterectomy) and data on the female sexual function obtained from the final telephone interview with the application of the Female Sexual Function Index (FSFI) who identified as dysfunctional women with a score ≥ 26.5 .

The infant risk factors assessed were: prematurity; need for hospitalization in the neonatal intensive care unit (IU / NICU); (at least one of the following manifestations: neonatal death within the first 28 days of life, birth weight below 1500 g, Apgar score at 5 minutes below seven, need for mechanical ventilation, and gestational age less than 32 weeks); baby going to the room together with the mother; birth weight (<2,500g, 2,500-4,000g,> 4,000g), skin-to-skin contact after birth, and exclusive breastfeeding after 45 days.

2.2.2 Outcome (dependent variable)

The outcome was a probable postpartum depression, which was surveyed at the telephone interview 6 to 8 months after delivery, using the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EDP), validated for Portuguese.²⁴ It is a 10-item scale and each item has four possible responses from 0 to 3, with a minimum score of 0 and a maximum score of 30, measuring the intensity of depressive symptoms in the previous seven days. His telephone administration was validated in Brazil, showing a Cronbach alpha coefficient of 0.861, Spearman correlation between telephone administration and self-report of 0.69 (p 0.001) and ROC curve of 0.78 (95% CI, 0.72-0.84); and presenting for the score ≥ 10 , used to evaluate the presence and severity of depressive symptoms during the postpartum period, sensitivity of 72.2%, specificity of 71.6%, and positive predictive value of 67.7%.²⁵ In the current study, the cut-off point ≥ 10 was used to classify women as likely depressed or with symptoms of depression.

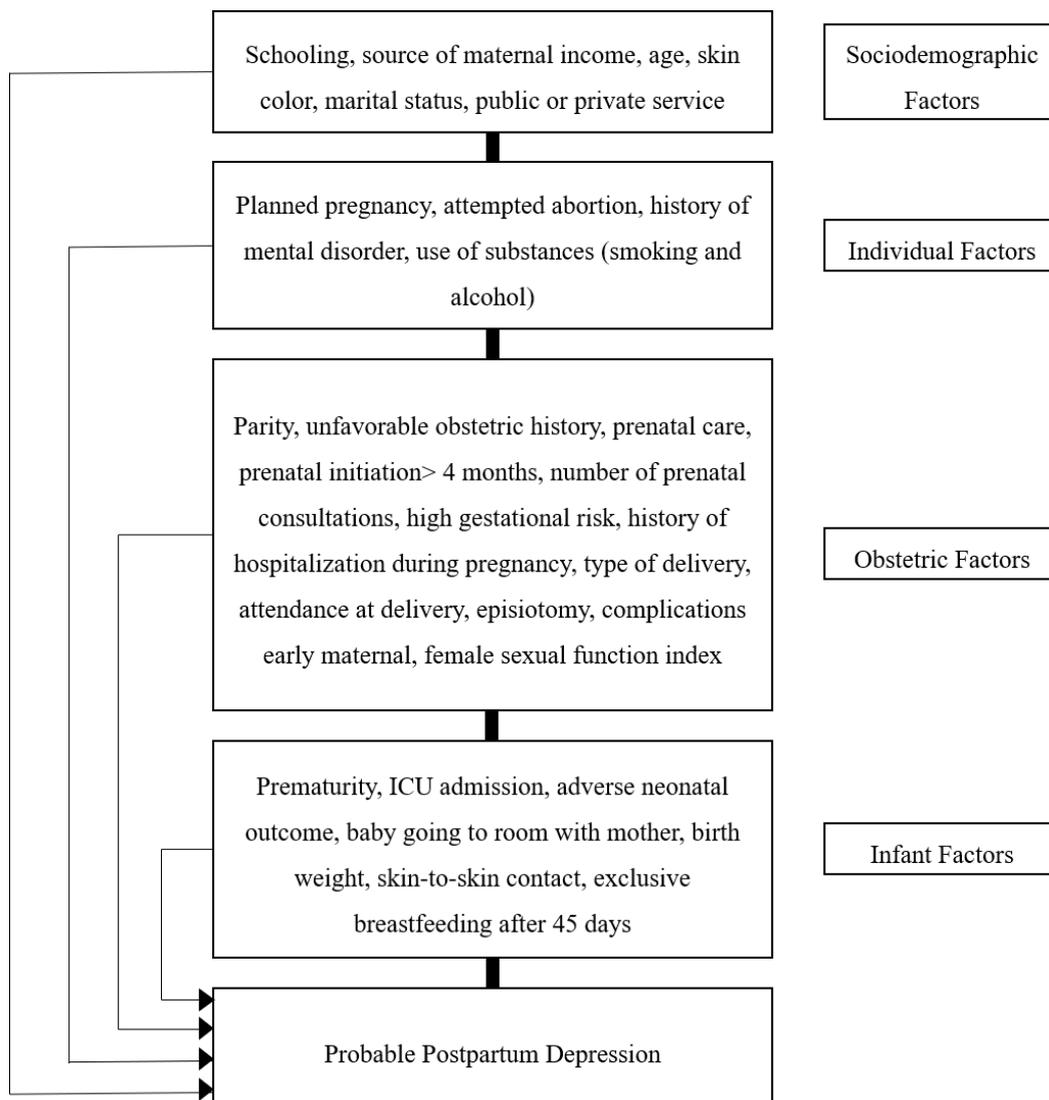


Figure 1. Theoretical model for the determinants of probable maternal depressive symptomatology.

2.3 Data Analysis

In order to estimate the association between depressive symptoms and the independent variables of the study, the data were described by means of simple frequency and percentage when categorical, and mean and standard deviation when continuous. Fisher's exact test was used to evaluate differences in mean values, and Analysis of variance (ANOVA) was used to evaluate mean differences. Gross and adjusted odds ratios were calculated as well as their respective 95% confidence intervals. The analyzes were performed in R Core Team 2017 software. The significance level was 5%.

2.4 Ethical Considerations

The project was approved by the Research Ethics Committee involving human beings of the Federal University of Sergipe, CAAE: 22488213.4.0000.5546, and complied with the recommendations of Regulation 196/96, as well as Resolution 466/2012. The identity and rights of the participants have been preserved. All participants signed the TCLE, having the guaranteed right to terminate the participation at any time, without suffering damages.

3 3 RESULTS

Of the 768 women who participated in the study, 298 responded to EDP by telephone when contacted in the final interview between 6 and 8 months postpartum. As to sociodemographic characteristics, the majority of interviewees were between 20-34 years old (71.5%), were non-white (84%), had completed high school (47.3%), had partners (85%), possessed (47.3%) and had their labor and delivery funded by the public health system (85%).

Regarding the individual factors, 30.2% did not plan their pregnancy, 17.7% reported ingestion of some alcoholic beverage during pregnancy, 6% smoked before pregnancy, 4.4% tried to stop the pregnancy using some medication or some other method, and only 1% of postpartum women had a history of mental disorder.

Regarding obstetric factors, the majority of the interviewees had three or more previous pregnancies (57.4%), performed prenatal care in the current gestation (99.7%), performed 6 or more prenatal consultations with professionals from the (78.5%), with 29.5% starting prenatal care with more than 4 months of gestation. Still in relation to gestation, 23.8% had an unfavorable obstetric history, 31.5% had their pregnancy classified as high risk, and 10.4% had to be hospitalized. Regarding the way of delivery, 56.7% had a normal delivery, 30.2% had an elective cesarean section and 13.1% had an intrapartum cesarean section. More than half of the parturients did not have an accompanying person during birth / delivery (53.6%). . Regarding procedures, episiotomy was performed in 20.8% of the women. And in relation to evolution, more than a third had early maternal complications (36.6%) and 30.5% had sexual dysfunction in the puerperium.

Regarding infant factors, only 4% of the newborns were premature, 3% had to be admitted to the NICU, 4.4% had an adverse neonatal outcome, and 2 (0.6%) died. Regarding

birth weight, 6% weighed less than 2500g, 88% between 2500-4000g, and 3% more than 4000g. After birth, the majority went to the room with the mother (80.2%), had no skin-to-skin contact in the first hour of life (62.1%), and only 27.5% remained exclusively breastfed after 45 days.

The prevalence of probable cases of postpartum depression in this study was 19.1%. The demographic risk factors studied were not significantly associated with probable symptoms of postpartum depression, however, among the individual risk factors, significant associations were found between attempted abortion ($p < 0.05$) and pre-pregnancy smoking ($p < 0.005$), as analyzed in Table 1. Among the obstetric risk factors, significant associations were found among women who developed early maternal complications ($p < 0.05$) and who had sexual dysfunction ($p < 0.005$), as shown in Table 2. Among the neonatal risk factors studied, no significant associations were found with postpartum depression, according to Table 3.

After correcting the confounding variables, the patients who presented with sexual dysfunction presented a greater chance of postpartum depression [ORa 3.11, 95%CI (1.57-6.17)], attempted to interrupt pregnancy [ORa 5, 09, 95%CI (1.23-21.0)], and smoked during pregnancy [ORa 3.69, 95%CI (1.12-12.1)], according to table 4.

Table 1. Association between sociodemographic risk factors and individual risk factors with symptoms of postpartum depression in women in the state of Sergipe, 2015.

Variables	Edimburgh		p- value
	≥ 10	< 10	
Schooling			
Illiterate / Fundamental	28 (49,1)	93 (38,6)	0,246
Medium	25 (43,9)	116 (48,1)	
Higher	4 (7)	32 (13,3)	
Source of income			
Yes	25 (43,9)	116 (48,1)	0,658
No	32 (56,1)	125 (51,9)	
Maternal Age			
10-19	14 (24,6)	44 (18,3)	0,126
20-34	35 (61,4)	178 (73,9)	
≥ 35	8 (14)	19 (7,9)	
Skin Color			
White	9 (15,8)	39 (16,2)	1,000
Not White	48 (84,2)	202 (83,8)	
Marital status			
With partner	49 (86,0)	205 (85,0)	1,000
No partner	8 (14,0)	36 (15,0)	
Kind of service			
Private	6 (10,5)	39 (16,2)	0,283
Public	51 (89,5)	202 (83,8)	
Pregnancy Planned			
Yes	38 (66,7)	168 (70,3)	0,632
No	19 (33,3)	71 (29,7)	

Attempt to Interrupt Current Gestation			
Yes	6 (10,5)	7 (2,9)	0,022
No	51 (89,5)	234 (97,1)	
History of Mental Disorder			
Yes	2 (3,5)	1 (0,4)	0,095
No	55 (96,5)	240 (99,6)	
Smoking before the current pregnancy			
Yes	9 (15,8)	9 (3,7)	0,002
No	48 (84,2)	232 (96,3)	
Drinking alcohol during pregnancy			
Yes	13 (22,8)	40 (16,6)	0,335
No	44 (77,2)	201 (83,4)	

* Fisher exact test

Table 2. Association between obstetric risk factors with symptoms of postpartum depression in women in the state of Sergipe, 2015.

Variables	Edimburgh		p-value
	≥10	<10	
Parity			
0	2 (3,5)	16 (6,6)	0,597
1-2	19 (33,3)	90 (37,3)	
>3	36 (63,2)	135 (56)	
Has an unfavorable obstetric history			
Yes	16 (48,5)	55 (44,0)	0,645
No	17 (51,5)	70 (56,0)	
Performing prenatal care in the current pregnancy			
Yes	56 (98,2)	241 (100)	0,191
No	1 (1,8)	0 (0)	
Early Prenatal Care			
>4 months	14 (24,6)	74 (30,7)	0,421
How many prenatal appointments with a doctor, nurse or midwife did you do during your (baby's) pregnancy?			
Up to 5 queries	17 (29,8)	47 (19,5)	0,088
6 or more queries	40 (70,2)	194 (80,5)	
High Risk Pregnancy			
Yes	24 (42,1)	70 (29)	0,080
No	33 (57,9)	171 (71)	
Internment during current gestation			
Yes	7 (12,3)	29 (12)	1,000
No	50 (87,7)	212 (88,0)	
Type of Delivery			
Normal	36 (63,2)	133 (55,2)	0,541
Intrapartum Cesarean Section	7 (12,3)	32 (13,3)	
Elective Cesarean Section	14 (24,6)	76 (31,5)	
Escorts during childbirth			
Yes	23 (46,9)	87 (39,4)	0,339
No	26 (53,1)	134 (60,6)	
Performing episiotomy			
Yes	17 (56,7)	45 (39,8)	0,146
No	13 (43,3)	68 (60,2)	
Early maternal complications			
Yes	27 (60,0)	82 (42,7)	0,036
No	18 (40,0)	110 (57,3)	
FSFITOTAL			
<26,5	26 (56,5)	65 (31)	0,002

>=26,5	20 (43,5)	145 (69)
* Fisher exact test		

Table 3. Association between childhood risk factors with symptoms of postpartum depression in women in the state of Sergipe, 2015.

Variables	Edimburgh		p-value
	>=10	<10	
Prematurity			
Yes	4 (7,3)	8 (3,5)	0,258
No	51 (92,7)	219 (96,5)	
Internship at the NICU			
Yes	1 (25)	8 (24,2)	0,973
No	3 (75)	25 (75,8)	
Adverse Neonatal Outcome			
Yes	1 (1,8)	12 (5)	0,474
No	56 (98,2)	229 (95,0)	
Fetal death			
Yes	1 (1,9)	1 (0,4)	0,252
No	52 (98,1)	231 (99,6)	
Did the baby come into the room with you?			
Yes	42 (75)	197 (81,7)	0,264
No	14 (25,0)	44 (18,3)	
Weight at birth			
<2500	3 (5,3)	15 (6,2)	0,789
2500-4000	52 (91,2)	210 (87,1)	
>4000	2 (3,5)	16 (6,6)	
Contact Skin to skin			
Yes	21 (37,5)	92 (38,2)	1,000
No	35 (62,5)	149 (61,8)	
Exclusive breastfeeding after 45 days			
Yes	14 (27,5)	68 (30,8)	0,865
No	37 (72,5)	158 (69,2)	

* Fisher exact test

Table 4. Odds Ratio and Odds Ratio adjusted for association between individual risk factors and sexual dysfunction with symptoms of postpartum depression in women in the state of Sergipe, 2015.

	OR (95%CI)	ORa (95%CI)
FSFITOTAL		
<26,5	2,90 (1,51-5,57)	3,11 (1,57-6,17)
>=26,5	1	1
Have you tried to stop this pregnancy using some medication or some other method?		
Yes	4,83 (1,82-12,8)	5,09 (1,23-21,0)
No	1	1
Did you smoke before (baby's name) pregnancy?		
Yes	3,93 (1,27-12,2)	3,69 (1,12-12,1)
No	1	1

OR – Odds Ratio; ORa – Odds Ratio adjusted; 95%CI - 95% Confidence Interval;

4 DISCUSSION

Mental health in the perinatal period is considered a major public health problem.²⁶ Postpartum depression, one of the most prevalent disorders in women in this period, when untreated, has a negative effect on the health of women and children, as well as generating significant economic costs for society.²⁷ Knowing its prevalence and the risk factors associated with this disorder may contribute to strategies that aid in the screening and management of this morbidity in the gravid-maternal cycle.

The results of a systematic review and meta-regression of 2017 suggest that the overall combined prevalence of perinatal depression is 11.9%.²⁸ However, this study revealed a difference in prevalence values between groups of countries, with a higher prevalence of maternal depression in low- and middle-income countries compared to high-income countries. In the present study, the results suggest that the prevalence of probable postpartum depression in Sergipe is high, affecting approximately 1 in 5 mothers (19.1%). This prevalence is close to that reported in the Northeast region (26.8%) and in other regions of Brazil.¹⁷ On the other hand, it is higher than the prevalence found in large studies conducted in Australia (5.6%) and England (4.6%).^{29,30} These differences tend to reinforce the disparity found in the literature among lower prevalence values in high-income countries compared to higher values in low- and middle-income countries. However, it should be pointed out that divergences between prevalence values can also be influenced by methodological differences, such as the cutoff value, generally variable between Z10 and Z13 in studies using EDP, the timing and duration of scale application, and the applied scale.

Risk factors that may be associated with a greater likelihood of women experiencing depressive symptoms in the puerperium or up to one year postpartum have been studied in several countries. In Brazil, a national study of 23,894 postpartum women identified significant risk factors for postpartum depression as having a poor skin color, low economic status, alcohol use, a history of mental disorders, unplanned pregnancy, multiparity, and poor care during delivery or to the newborn, however, did not observe an association of maternal depression with obstetric or neonatal interventions and complications during childbirth.¹⁷ Although this national study and other analyzes in the literature indicate a probable association between demographic determinants, such as socio-educational inequalities and low income, with higher rates of maternal depression, in the present study in Sergipe, such association was not verified.

However, it is notable that another study in the city of Brasilia, in the center-west of Brazil, analyzing a sample with a probable higher socio-educational level, found a prevalence value of postpartum depression of 5.6%, a result close to that found developed countries.³¹ This marked difference between prevalence generates a reflection on the influence of social, economic and educational inequalities on the probability of women experiencing postpartum depressive symptoms, as well as reaffirming the importance of further studies in the area investigating the influence of such demographic determinants on health of these women.

Regarding the individual risk factors analyzed, a significant association was found between smoking and attempts to interrupt gestation with the presence of depressive symptoms. Regarding probability, analyzing the corrected odds ratio, patients who tried to interrupt gestation presented 5.09 times more chances, and those who smoked during pregnancy 3.69 times more likely to present depressive symptomatology in comparison to those who did not present these risk factors. These results are consistent with previous evidence, associating unwanted pregnancies, poor marital and family support, and drug use with an increased risk of postpartum depression.^{3,12,13} In contrast, although evidence in the literature suggests that a history of mental disorders is a potential risk factor for maternal depressive disorder, the analysis in this study found no significant association between these variables, probably because of the low prevalence of pre-gestational disorder in the population studied (1%). These data on psychosocial characteristics, health history and life habits reinforce the need to identify these risk factors in the pregnancy period, so that with adequate evaluation and follow-up, unfavorable maternal psychiatric outcomes can be identified and appropriate therapy can be instituted.

Regarding obstetric risk factors, early maternal complications and female sexual dysfunction demonstrated a significant association with the increased prevalence of depressive symptoms. In an American study with 31,581 participants, of the 3159 women who had some degree of depression, 40% reported sexual dysfunctions.³² The gravid-maternal cycle is a time of diverse changes in the lives of women, both in the physiological and hormonal aspects, as well as in the psychic and social aspects, often changing the role of that woman in the family and in society, which can contribute to factors of risk factors that are common to postpartum depression and sexual dysfunction.³³ In the present study, correcting the confounding variables, participants who progressed with sexual dysfunction presented 3.11 times more likely to present depressive symptomatology in comparison to those who did not present this dysfunction.

Another important point to be stressed about this topic is that some studies have associated the use of antidepressants with changes in female sexual function.^{32,34} On the other hand, contrary to what was expected, no infant risk factor was significantly associated in this study. There are not yet many analyzes that significantly correlate these risk factors with depressive symptomatology, and further research in this area may contribute to building a more consistent database.

The present study is limited because the research of depressive symptoms was done by telephone interview, which despite being valid, would not be the ideal method. One can also cite, as a limitation, the loss of follow-up in the series of 27.3% in the evaluation of 45-60 days postpartum and 61.2% in the evaluation of 6-8 months postpartum. However, in spite of these limitations, it was possible to prospectively evaluate 298 long-term puerperae, representing a greater number of studies that analyze the subject, with validated questionnaires in Brazil and all maternity hospitals in the state. The new data presented in this study are consistent and coherent with the literature, assisting in the expansion of information on perinatal mental health problems in developing countries, can help, therefore, on mental health screening in prenatal and postpartum care, helping to identify women who would benefit from in-depth psychiatric evaluation, appropriate follow-up and therapy, modifying maternal and infant prognoses.

5 CONCLUSION

The prevalence of postpartum depression in Sergipe was high. Women who develop sexual dysfunction, attempted to discontinue pregnancy and smoked during pregnancy are more likely to have postpartum depressive symptoms.

REFERENCES

1. Brummelte S, Galea LAM. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Horm Behav.* 2016;77:153-166. doi:10.1016/J.YHBEH.2015.08.008
2. American Psychiatric Association., American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5.*
3. Sipsma HL, Callands T, Desrosiers A, et al. Exploring Trajectories and Predictors of Depressive Symptoms Among Young Couples During Their Transition to Parenthood.

- Matern Child Health J.* 2016;20(11):2372-2381. doi:10.1007/s10995-016-2064-3
4. Tuovinen S, Lahti-Pulkkinen M, Girchenko P, et al. Maternal depressive symptoms during and after pregnancy and child developmental milestones. *Depress Anxiety.* 2018;35(8):732-741. doi:10.1002/da.22756
 5. Patel M, Bailey RK, Jabeen S, Ali S, Barker NC, Osiezagha K. Postpartum Depression: A Review. *J Health Care Poor Underserved.* 2012;23(2):534-542. doi:10.1353/hpu.2012.0037
 6. Stewart DE, Robertson FE, Dennis C-L, Grace SL, Wallington T. *POSTPARTUM DEPRESSION: LITERATURE REVIEW OF RISK FACTORS AND INTERVENTIONS.*; 2003.
 7. Flett GL, Hewitt PL, Blankstein KR, Mosher SW. Perfectionism, life events, and depressive symptoms: A test of a diathesis-stress model. *Curr Psychol.* 1995;14(2):112-137. doi:10.1007/BF02686885
 8. Surkan PJ, Kennedy CE, Hurley KM, Black MM. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2011;89(8):608-615E. doi:10.2471/BLT.11.088187
 9. Sohr-Preston SL, Scaramella L V. Implications of Timing of Maternal Depressive Symptoms for Early Cognitive and Language Development. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2006;9(1):65-83. doi:10.1007/s10567-006-0004-2
 10. Maselko J, Bates L, Bhalotra S, et al. Socioeconomic status indicators and common mental disorders: Evidence from a study of prenatal depression in Pakistan. *SSM - Popul Heal.* 2018;4:1-9. doi:10.1016/j.ssmph.2017.10.004
 11. GUINTIVANO J, MANUCK T, MELTZER-BRODY S. Predictors of Postpartum Depression. *Clin Obstet Gynecol.* 2018;61(3):1. doi:10.1097/GRF.0000000000000368
 12. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ.* 2012;90(2):139G-149G. doi:10.2471/BLT.11.091850
 13. Rasmussen M-LH, Strøm M, Wohlfahrt J, Videbech P, Melbye M. Risk, treatment duration, and recurrence risk of postpartum affective disorder in women with no prior psychiatric history: A population-based cohort study. *PLoS Med.* 2017;14(9):e1002392. doi:10.1371/journal.pmed.1002392
 14. (UNFPA) W and UNPF. *Maternal Mental Health and Child Health and Development in Low and Middle Income Countries.*; 2008.
 15. Jāhāna S, United Nations Development Programme. *Human Development Report 2016 : Human Development for Everyone.*

16. WORLD BANK. GINI index (World Bank estimate) | Data. https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI?locations=BR&name_desc=false. Accessed April 4, 2018.
17. Theme Filha MM, Ayers S, Gama SGN da, Leal M do C. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *J Affect Disord*. 2016;194:159-167. doi:10.1016/J.JAD.2016.01.020
18. Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica*. 2014;30(suppl 1):S17-S32. doi:10.1590/0102-311X00151513
19. Vasconcellos MTL de, Silva PL do N, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Junior PRB de, Szwarcwald CL. Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. *Cad Saude Publica*. 2014;30(suppl 1):S49-S58. doi:10.1590/0102-311X00176013
20. DATASUS. Informações de Saúde, Estatísticas Vitais: banco de dado. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>. Accessed April 18, 2018.
21. Martini J, Petzoldt J, Einsle F, Beesdo-Baum K, Höfler M, Wittchen H-U. Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: A prospective-longitudinal study. *J Affect Disord*. 2015;175:385-395. doi:10.1016/j.jad.2015.01.012
22. Upadhyay RP, Chowdhury R, Salehi A, et al. Systematic reviews Postpartum depression in India: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Heal Organ*. 2017;95:706-717. doi:10.2471/BLT.17.192237
23. Vliegen N, Casalin S, Luyten P. The Course of Postpartum Depression: A Review of Longitudinal Studies. 2014. doi:10.1097/HRP.0000000000000013
24. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saude Publica*. 2007;23(11):2577-2588. doi:10.1590/S0102-311X2007001100005
25. Pinheiro de Figueiredo F, Paula Parada A, Cunha Cardoso V, et al. Postpartum depression screening by telephone: a good alternative for public health and research. doi:10.1007/s00737-014-0480-1
26. Aaron E, Bonacquisti A, Geller PA, Polansky M. Perinatal Depression and Anxiety in Women with and without Human Immunodeficiency Virus Infection. *Women's Heal Issues*. 2015;25(5):579-585. doi:10.1016/j.whi.2015.04.003
27. Cheng TS, Chen H, Lee T, et al. An independent association of prenatal depression

- with wheezing and anxiety with rhinitis in infancy. *Pediatr Allergy Immunol*. 2015;26(8):765-771. doi:10.1111/pai.12453
28. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord*. 2017;219:86-92. doi:10.1016/J.JAD.2017.05.003
 29. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *J Affect Disord*. 2008;108:147-157. doi:10.1016/j.jad.2007.10.014
 30. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord*. 2004;80(1):65-73. doi:10.1016/J.JAD.2003.08.004
 31. Zaconeta AM, Queiroz IFB de, Amato AA, Motta LDC da, Casulari LA. Depression with postpartum onset: a prospective cohort study in women undergoing elective cesarean section in Brasilia, Brazil. *Rev Bras Ginecol e Obs*. 2013;35(3):130-135. doi:10.1590/S0100-72032013000300007
 32. Johannes CB, Clayton AH, Odom DM, et al. Distressing Sexual Problems in United States Women Revisited. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(12):1698-1706. doi:10.4088/JCP.09m05390gry
 33. Sérgio H. Martins-Costa , José Geraldo Lopes Ramos , José Antônio Magalhães , Eduardo Pandolfi Passos FF. *Rotinas Em Obstetricia - 7ª Ed.*; 2017.
 34. Montejo AL, Calama J, Rico-Villademoros F, et al. A Real-World Study on Antidepressant-Associated Sexual Dysfunction in 2144 Outpatients: The SALSEX I Study. *Arch Sex Behav*. 2019;48(3):923-933. doi:10.1007/s10508-018-1365-6

3 REFERÊNCIAS

- AARON, Erika et al. Perinatal depression and anxiety in women with and without human immunodeficiency virus infection. **Women's Health Issues**, v. 25, n. 5, p. 579-585, 2015.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)**. American Psychiatric Pub, 2013.
- BAUER, Annette; KNAPP, Martin; PARSONAGE, Michael. Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. **Journal of Affective Disorders**, v. 192, p. 83-90, 2016.
- BERGINK, Veerle; BOYCE, Philip; MUNK-OLSEN, Trine. Postpartum psychosis: a valuable misnomer. **The Australian and New Zealand journal of psychiatry**, v. 49, n. 2, p. 102, 2015.
- BERGINK, Veerle; RASGON, Natalie; WISNER, Katherine L. Postpartum psychosis: madness, mania, and melancholia in motherhood. **American Journal of Psychiatry**, v. 173, n. 12, p. 1179-1188, 2016.
- BETTS, Kim S. et al. Maternal depressive, anxious, and stress symptoms during pregnancy predict internalizing problems in adolescence. **Depression and anxiety**, v. 31, n. 1, p. 9-18, 2014.
- BLOCH, Michael H. et al. Obsessive–Compulsive Disorder. In: **Rosenberg's Molecular and Genetic Basis of Neurological and Psychiatric Disease**. Academic Press, 2015. p. 1301-1310.
- BLOCH, Miki; DALY, Robert C.; RUBINOW, David R. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. **Comprehensive psychiatry**, v. 44, n. 3, p. 234-246, 2003.
- BRUMMELTE, Susanne; GALEA, Liisa AM. Postpartum depression: etiology, treatment and consequences for maternal care. **Hormones and behavior**, v. 77, p. 153-166, 2016.
- BRUNTON, Paula J.; RUSSELL, John A. The expectant brain: adapting for motherhood. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 9, n. 1, p. 11, 2008.
- BUTTNER, Melissa M.; O'HARA, Michael W.; WATSON, David. The structure of women's mood in the early postpartum. **Assessment**, v. 19, n. 2, p. 247-256, 2012.
- CHENG, Tuck Seng et al. An independent association of prenatal depression with wheezing and anxiety with rhinitis in infancy. **Pediatric Allergy and Immunology**, v. 26, n. 8, p. 765-771, 2015.
- COHEN, Lee S. et al. Venlafaxine in the treatment of postpartum depression. **The Journal of clinical psychiatry**, v. 62, n. 8, p. 592-596, 2001.

CUIJPERS, Pim; BRÄNNMARK, Jessica G.; VAN STRATEN, Annemieke. Psychological treatment of postpartum depression: a meta-analysis. **Journal of clinical psychology**, v. 64, n. 1, p. 103-118, 2008.

DAVIS, Wendy Newhouse et al. History and purpose of postpartum support international. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 47, n. 1, p. 75-83, 2018.

DE FIGUEIREDO, Felipe Pinheiro et al. Postpartum depression screening by telephone: a good alternative for public health and research. **Archives of women's mental health**, v. 18, n. 3, p. 547-553, 2015.

DENNIS, Cindy-Lee. Psychological treatment is one of the several important components to the effective management of postpartum depression. **Evidence-based nursing**, v. 20, n. 1, p. 9-9, 2017.

DENNIS, Cindy-Lee; FALAH-HASSANI, Kobra; SHIRI, Rahman. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. **The British Journal of Psychiatry**, v. 210, n. 5, p. 315-323, 2017.

DENNIS, C. L.; STEWART, Donna E. Treatment of postpartum depression, part 1: a critical review of biological interventions. **The journal of clinical psychiatry**, v. 65, n. 9, p. 1242-1251, 2004.

DIKMEN-YILDIZ, Pelin; AYERS, Susan; PHILLIPS, Louise. Depression, anxiety, PTSD and comorbidity in perinatal women in Turkey: A longitudinal population-based study. **Midwifery**, v. 55, p. 29-37, 2017.

DOORNBOS, Bennard et al. Sequential serotonin and noradrenalin associated processes involved in postpartum blues. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, v. 32, n. 5, p. 1320-1325, 2008.

DUBBER, S. et al. Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy. **Archives of women's mental health**, v. 18, n. 2, p. 187-195, 2015.

ENATESCU, Virgil-Radu et al. State and trait anxiety as a psychopathological phenomenon correlated with postpartum depression in a Romanian sample: a pilot study. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, v. 35, n. 2, p. 55-61, 2014.

FALAH-HASSANI, Kobra; SHIRI, Rahman; DENNIS, C.-L. The prevalence of antenatal and postnatal co-morbid anxiety and depression: a meta-analysis. **Psychological medicine**, v. 47, n. 12, p. 2041-2053, 2017.

FILHA, Mariza Miranda Theme et al. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: the birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. **Journal of affective disorders**, v. 194, p. 159-167, 2016.

FISHER, Jane et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 90, p. 139-149, 2012.

FLETT, Gordon L. et al. Perfectionism, life events, and depressive symptoms: A test of a diathesis-stress model. **Current Psychology**, v. 14, n. 2, p. 112-137, 1995.

FONTEIN-KUIPERS, Yvonne et al. Factors influencing maternal distress among Dutch women with a healthy pregnancy. **Women and Birth**, v. 28, n. 3, p. e36-e43, 2015.

FUSTÉ, Montserrat et al. Brain structure in women at risk of postpartum psychosis: an MRI study. **Translational psychiatry**, v. 7, n. 12, p. 1286, 2017.

GAO, Jun et al. Activation of 5-HT_{2A} receptor disrupts rat maternal behavior. **Neuropharmacology**, v. 128, p. 96-105, 2018.

GLOVER, Vivette; KAMMERER, Martin. The Biology and Pathophysiology of Peripartum Psychiatric Disorders. **Primary Psychiatry**, 2004.

GOODMAN, Janice H.; TYER-VIOLA, Lynda. Detection, treatment, and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers. **Journal of women's health**, v. 19, n. 3, p. 477-490, 2010.

GOODMAN, Janice H.; WATSON, Grace R.; STUBBS, Brendon. Anxiety disorders in postpartum women: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 203, p. 292-331, 2016.

GRUSSU, Pietro; QUATRARO, Rosa Maria. Maternity blues in Italian primipara women: symptoms and mood states in the first fifteen days after childbirth. **Health care for women international**, v. 34, n. 7, p. 556-576, 2013.

GUINTIVANO, Jerry; MANUCK, Tracy; MELTZER-BRODY, Samantha. Predictors of postpartum depression: A comprehensive review of the last decade of evidence. **Clinical obstetrics and gynecology**, v. 61, n. 3, p. 591-603, 2018.

HAIM, Achikam et al. The effects of gestational stress and SSRI antidepressant treatment on structural plasticity in the postpartum brain-A translational model for postpartum depression. **Hormones and behavior**, v. 77, p. 124, 2016.

KENDELL, R. E.; CHALMERS, J. C.; PLATZ, C. Epidemiology of puerperal psychoses. **The British Journal of Psychiatry**, v. 150, n. 5, p. 662-673, 1987.

KENDELL, R. E. et al. Mood changes in the first three weeks after childbirth. **Journal of affective disorders**, v. 3, n. 4, p. 317-326, 1981.

KENDIG, Susan et al. Consensus bundle on maternal mental health: perinatal depression and anxiety. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 46, n. 2, p. 272-281, 2017.

KENNERLEY, Helen; GATH, Dennis. Maternity blues: I. Detection and measurement by questionnaire. **The British Journal of Psychiatry**, v. 155, n. 3, p. 356-362, 1989.

KENNERLEY, H.; GATH, D. Maternity blues reassessed. **Psychiatric Developments**, v. 4, n. 1, p. 1-17, 1986.

MAHENGE, Bathsheba et al. The prevalence of mental health morbidity and its associated factors among women attending a prenatal clinic in Tanzania. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 130, n. 3, p. 261-265, 2015.

MALISZEWSKA, Karolina et al. Relationship, social support, and personality as psychosocial determinants of the risk for postpartum blues. **Ginekologia polska**, v. 87, n. 6, p. 442-447, 2016.

MARCHESI, C. et al. Clinical management of perinatal anxiety disorders: A systematic review. **Journal of Affective Disorders**, v. 190, p. 543-550, 2016.

MARTINI, Julia et al. Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospective-longitudinal study. **Journal of affective disorders**, v. 175, p. 385-395, 2015.

MASELKO, Joanna et al. Socioeconomic status indicators and common mental disorders: evidence from a study of prenatal depression in Pakistan. **SSM-population health**, v. 4, p. 1-9, 2018.

MBOUA, C. P.; NKOUM, B. A.; ABESSOUGUIÉ, S. P. The relational dimension of care for maternity blues and its relation to decompensation of a psychiatric disorder during the intermediate postpartum period in Cameroon. **Medecine et sante tropicales**, v. 26, n. 3, p. 273-277, 2016.

NEWPORT, D. Jeffrey et al. The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures. **The Journal of clinical psychiatry**, v. 63, p. 31-44, 2002.

O'HARA, Michael W.; MCCABE, Jennifer E. Postpartum depression: current status and future directions. **Annual review of clinical psychology**, v. 9, p. 379-407, 2013.

O'HARA, Michael W.; WISNER, Katherine L. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 28, n. 1, p. 3-12, 2014.

PATEL, Milapkumar et al. Postpartum depression: a review. **Journal of health care for the poor and underserved**, v. 23, n. 2, p. 534-542, 2012.

PAZZAGLI, Chiara et al. Antecedents and consequences of fear of childbirth in nulliparous and parous women. **Infant mental health journal**, v. 36, n. 1, p. 62-74, 2015.

PISONI, Camilla et al. Complexity of parental prenatal attachment during pregnancy at risk for preterm delivery. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v. 29, n. 5, p. 771-776, 2016.

RAMSAUER, Brigitte; ACHTERGARDE, Sandra. Mothers with acute and chronic postpartum psychoses and impact on the mother-infant interaction. **Schizophrenia research**, 2018.

RASMUSSEN, Marie-Louise H. et al. Risk, treatment duration, and recurrence risk of postpartum affective disorder in women with no prior psychiatric history: a population-based cohort study. **PLoS medicine**, v. 14, n. 9, p. e1002392, 2017.

RAZUREL, Chantal; KAISER, Barbara. The role of satisfaction with social support on the psychological health of primiparous mothers in the perinatal period. **Women & health**, v. 55, n. 2, p. 167-186, 2015.

ROSENTHAL, Lisa et al. Changes in experiences with discrimination across pregnancy and postpartum: Age differences and consequences for mental health. **American journal of public health**, v. 105, n. 4, p. 686-693, 2015.

SANTOS, Iná S. et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 2577-2588, 2007.

SCHAFFIR, Jonathan. Consequences of antepartum depression. **Clinical obstetrics and gynecology**, v. 61, n. 3, p. 533-543, 2018.

SHARMA, Verinder; SOMMERDYK, Christina. Postpartum psychosis: What is in a name?. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 48, n. 12, p. 1081-1082, 2014.

SHULMAN, Barbara et al. Feasibility of a mindfulness-based cognitive therapy group intervention as an adjunctive treatment for postpartum depression and anxiety. **Journal of affective disorders**, v. 235, p. 61-67, 2018.

SPINELLI, Margaret G. Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives. **American Journal of Psychiatry**, v. 161, n. 9, p. 1548-1557, 2004.

SIPSMA, Heather L. et al. Exploring trajectories and predictors of depressive symptoms among young couples during their transition to parenthood. **Maternal and child health journal**, v. 20, n. 11, p. 2372-2381, 2016.

SOHR-PRESTON, Sara L.; SCARAMELLA, Laura V. Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. **Clinical child and family psychology review**, v. 9, n. 1, p. 65-83, 2006.

SPITZER, Robert L. et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. **Archives of internal medicine**, v. 166, n. 10, p. 1092-1097, 2006.

STEWART, Donna E. et al. Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions. **Toronto: University Health Network Women's Health Program for Toronto Public Health**, 2003.

SURKAN, Pamela J. et al. Depresión materna y crecimiento durante la primera infancia en los países en vías de desarrollo: Revisión sistemática y metaanálisis. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 89, n. 8, p. 607-615, 2011.

TAKÁCS, L. et al. Postpartum blues-a Czech adaptation of the Maternity Blues Questionnaire. **Ceska gynekologie**, v. 81, n. 5, p. 355-368, 2016.

TUOVINEN, Soile et al. Maternal depressive symptoms during and after pregnancy and child developmental milestones. **Depression and anxiety**, v. 35, n. 8, p. 732-741, 2018.

UGUZ, Faruk et al. Pharmacological prophylaxis of postpartum exacerbation in depressive and anxiety symptoms: a retrospective study. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, p. 1-3, 2018.

UPADHYAY, Ravi Prakash et al. Postpartum depression in India: a systematic review and meta-analysis. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 95, n. 10, p. 706, 2017.

VASA, Rohitkumar et al. Postpartum depression in mothers of infants in neonatal intensive care unit: risk factors and management strategies. **American journal of perinatology**, v. 31, n. 05, p. 425-434, 2014.

VENKATESH, Kartik K. et al. Implementation of universal screening for depression during pregnancy: feasibility and impact on obstetric care. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 215, n. 4, p. 517. e1-517. e8, 2016.

VLIEGEN, Nicole; CASALIN, Sara; LUYTEN, Patrick. The course of postpartum depression: a review of longitudinal studies. **Harvard review of psychiatry**, v. 22, n. 1, p. 1-22, 2014.

WATANABE, Mayumi et al. Maternity blues as predictor of postpartum depression: a prospective cohort study among Japanese women. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, v. 29, n. 3, p. 211-217, 2008.

WERNER, Elizabeth et al. Preventing postpartum depression: review and recommendations. **Archives of women's mental health**, v. 18, n. 1, p. 41-60, 2015.

WISNER, Katherine L.; PEINDL, Kathleen; HANUSA, Barbara H. Symptomatology of affective and psychotic illnesses related to childbearing. **Journal of affective disorders**, v. 30, n. 2, p. 77-87, 1994.

WOODY, C. A. et al. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. **Journal of Affective Disorders**, v. 219, p. 86-92, 2017.

WORLD BANK. **Indicadores de desenvolvimento mundial**. Washington, DC, 2005.
Disponível em: <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>. Acesso em: 25 abr. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries: report of the meeting, Geneva, Switzerland, 30 January-1 February, 2008. 2008.

WU, Ruiyong et al. Behavioral, pharmacological and neuroanatomical analysis of serotonin 2C receptor agonism on maternal behavior in rats. **Psychoneuroendocrinology**, v. 73, p. 252-262, 2016.

ZIGMOND, Anthony S.; SNAITH, R. Philip. The hospital anxiety and depression scale. **Acta psychiatrica scandinavica**, v. 67, n. 6, p. 361-370, 1983.

APÊNDICE A – ARTIGO NO IDIOMA PORTUGUÊS

FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM MULHERES DE UM ESTADO NO NORDESTE DO BRASIL

Autores: Raphael Andrade Almeida¹; Daniela Siqueira Prado²; Thaynara Santos de Oliveira¹; Rosemar Barbosa Mendes³; Felipa Daiana Bezerra⁴; Ricardo Queiroz Gurgel¹.

1. Graduando, Departamento de Medicina de Lagarto, Universidade Federal de Sergipe (UFS), Lagarto, SE, Brasil
2. Doutor(a), Professor(a), Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe (UFS), São Cristóvão, SE, Brasil
3. Professor(a), Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe (UFS), São Cristóvão, SE, Brasil
4. Enfermeiro(a), Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, Aracaju, SE, Brasil

Correspondência: Raphael Andrade Almeida. Praça Siqueira de Menezes, 203. CEP: 49060-650. Aracaju, SE, Brasil.

E-mail: raphaelcmp@hotmail.com; Telefone: (79)98826-3082

Financiamento: Programa de Apoio à Extensão Universitária MEC/SESU (PROEXT).

Os autores deste artigo declaram não haver conflitos de interesse.

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a prevalência de provável depressão pós-parto e sua associação com fatores de risco sociodemográficos, individuais, obstétricos e infantis em mulheres do estado de Sergipe. **MÉTODOS:** Subanálise do estudo de coorte “Nascer em Sergipe” que avaliou 768 puérperas de 11 maternidades do estado de Sergipe no período entre junho de 2015 e abril de 2016. Os dados foram colhidos presencialmente por entrevistas entre 6 e 24 horas após o parto, através de análise de prontuários, e via ligações telefônicas entre 45-60 dias e 6 a 8 meses pós-parto, quando se avaliou sintomatologia depressiva através da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, com ponto de corte ≥ 10 , que foi aplicada a 298 mulheres. A análise dos dados foi realizada através do teste Exato de Fisher e para avaliar diferenças de média foi utilizado análise de Variância (ANOVA). O nível de significância utilizado foi de 5%. **RESULTADOS:** A prevalência de provável de depressão pós-parto foi de 19,1%, não sendo associada a fatores de risco sociodemográficos e infantis. Apresentaram maior chance de depressão pós-parto as pacientes que evoluíram com disfunção sexual [RCA 3,11, IC95% (1,57-6,17)], tentaram

interromper a gravidez [RCA 5,09, IC95% (1,23-21,0)], e fumaram durante a gestação [RCA 3,69, IC95% (1,12-12,1)]. **CONCLUSÃO:** A prevalência de provável depressão pós-parto em Sergipe foi alta e foram fatores de risco para essa afecção o tabagismo, tentativa de interrupção da gestação, complicações maternas precoces e disfunção sexual pós-parto.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto; Saúde Materno-Infantil; Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo; Fatores de Risco.

ABSTRACT

PURPOSE: To evaluate the prevalence of probable postpartum depression and its association with sociodemographic, individual, obstetric and child risk factors in women in the state of Sergipe. **METHODS:** Sub-analysis of the "Nascer em Sergipe" cohort study, which evaluated 768 puerpere from 11 maternity hospitals in the state of Sergipe between June 2015 and April 2016. The data were collected in person from interviews between 6 and 24 hours postpartum, through medical records analysis, and via phone calls between 45-60 days and 6 to 8 months postpartum, when depressive symptomatology was evaluated through the Edinburgh Postpartum Depression Scale, with a cut-off point ≥ 10 , which was applied to 298 women. Data analysis was performed using the Fisher Exact test, and Variance analysis (ANOVA) was used to evaluate mean differences. The level of significance was 5%. **RESULTS:** The prevalence of probable postpartum depression was 19.1% and was not associated with socio-demographic and child risk factors. Presented a greater chance of postpartum depression the patients who progressed with sexual dysfunction [ORa 3,11, IC95% (1,57-6,17)] attempted to interrupt pregnancy [ORa 5,09, IC95% (1,23-21,0)], and smoked during pregnancy [ORa 3,69, IC95% (1,12-12,1)]. **CONCLUSION:** The prevalence of probable postpartum depression in Sergipe was high and smoking, attempted interruption of pregnancy, early maternal complications and postpartum sexual dysfunction were risk factors for this condition.

Keywords: Depression, Postpartum; Maternal and Child Health; Edinburgh Postnatal Depression Scale; Risk Factors

1 INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico-puerperal é um período marcado por alterações físicas, nutricionais e neuro-hormonais, que geram uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos em mulheres.¹ Um dos distúrbios mais comuns deste período é a depressão perinatal. A quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5) a define como um episódio depressivo maior com início dos sintomas durante a gravidez ou até as quatro primeiras semanas após o parto.² Se os sintomas surgirem no período entre o nascimento e até um ano após o parto, é definido como depressão pós-parto.^{3,4}

Os sintomas desse transtorno apresentam-se, nas puérperas, como incapacidade de dormir ou dormir por muito tempo, alterações de humor, mudança de apetite, ansiedade, preocupação extrema, preocupação com o bebê, tristeza ou choro excessivo, sentimento de dúvida, culpa e desamparo, dificuldade de concentração e lembrança, perda de interesse em hobbies e atividades habituais, e pensamentos recorrentes de morte, que podem incluir ideação suicida.⁵

O episódio de depressão pós-parto pode predispor à depressão crônica ou recorrente, que pode afetar o relacionamento entre mãe e filho e o crescimento e desenvolvimento infantil.⁶⁻⁹ Os sintomas depressivos maternos associam-se significativamente a pontuações mais baixas nos marcos do desenvolvimento infantil, quanto mais graves e crônicos forem os sintomas depressivos, maiores serão as desvantagens no desenvolvimento neurológico da criança.⁴ Filhos de mães com depressão pós-parto podem apresentar maior frequência de problemas cognitivos, comportamentais e interpessoais em comparação aos filhos de mães não deprimidas.^{7,8}

Determinantes sociodemográficos, individuais, obstétricos e infantis vêm sendo relacionados à depressão pós-parto. Determinantes de fragilidade econômica, como insegurança alimentar e dívidas, foram observados como modificadores de saúde mental no período perinatal em países de baixa e média renda.¹⁰ Dentre os determinantes individuais, o histórico de transtorno psiquiátrico, o apoio social e o uso de substâncias (tabagismo, maconha e álcool) também têm sido relacionados à depressão pós-parto.^{3,11-13} Ainda há poucos dados sobre problemas de saúde mental perinatais em países em desenvolvimento.¹⁴

O Brasil está entre as dez maiores economias mundiais, e foi classificado como um país de desenvolvimento humano elevado em 2015 pelo Programa de Desenvolvimento das Nações

Unidas de 2016.¹⁵ Contudo, também está entre os dez países mais desiguais do mundo, possuindo enormes desigualdades sociais expressas pelo índice de Gini igual a 0,513 em 2015, de acordo com estimativas do Banco Mundial.¹⁶ As regiões Norte e Nordeste são mais pobres em comparação com Sul e Sudeste e apresentam diferenças importantes na dimensão e tipos de serviços de saúde, inclusive na assistência pré-natal e cuidados perinatais prestados.¹⁷ Dados do estudo "Nascer no Brasil" mostraram que a prevalência de provável depressão pós-parto foi maior nas regiões Norte e Nordeste.¹⁸

Tendo em vista seu efeito desfavorável sobre o binômio materno-infantil, o objetivo desse estudo foi avaliar a prevalência de provável depressão pós-parto e sua associação com fatores de risco sociodemográficos, individuais, obstétricos e infantis em mulheres de 11 maternidades, públicas e privadas, do estado de Sergipe.

2 METODOLOGIA

6.1 Desenho do Estudo e População

Este artigo trata-se de uma subanálise do estudo de coorte "Nascer em Sergipe", investigação sobre assistência pré-natal, parto e puerpério, realizado entre junho de 2015 e abril de 2016 no estado de Sergipe. O método utilizado no estudo "Nascer no Brasil"¹⁹ foi reproduzido, sendo realizado treinamento da equipe local por uma equipe do estudo nacional. Foram incluídas todas as 11 maternidades públicas e privadas do estado.

Os dados foram coletados através de: entrevistas face a face com as puérperas, realizadas entre 6 e 24 horas após o parto; informações do cartão da gestante, e dos prontuários médicos da mulher e do recém-nascido após a alta (ou morte); e entrevistas telefônicas de acompanhamento realizadas entre 45-60 dias para avaliar informações referentes à amamentação, e 6 a 8 meses para avaliar informações referentes a depressão puerperal e disfunção sexual pós-parto.

O tamanho da amostra foi calculado considerando-se uma taxa de cesárea de 38%²⁰ totalizando 358 mulheres a serem entrevistadas, mas, para aumentar o poder do estudo, avaliar associações com outras variáveis e prevendo perda de seguimento, a amostra foi dobrada para 768 puérperas e seus conceitos. Este valor foi calculado para uma estimativa da prevalência de cesárea considerando todas as instituições com 500 ou mais nascimentos no estado de Sergipe,

com intervalo de confiança de 95%. Uma alocação proporcional ao tamanho das instituições foi adotada para distribuir o tamanho amostral calculado.

Foram incluídas todas as mulheres selecionadas aleatoriamente admitidas no momento do parto nas maternidades selecionadas e seus conceptos, vivos ou mortos, com peso ao nascer maior ou igual a 500g e/ou idade gestacional maior ou igual a 22 semanas, desde que aceitassem participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídas as mulheres que tiveram parto domiciliar ou em trânsito, que não sabiam falar e/ou entender português ou que não podiam ser contatadas por telefone entre 45 a 60 dias e 6 a 8 meses após o parto. Nenhuma puérpera considerada elegível se recusou a participar.

Houve perda de seguimento de 201 participantes (27,3%) nas ligações de 45-60 dias e de 470 participantes (61,2%) nas ligações com 6-8 meses.

6.2 Variáveis do Estudo

2.2.1 Variáveis Independentes

As variáveis independentes do estudo foram agrupadas conforme apresentado no modelo teórico (fig. 1). Os fatores de risco selecionados foram baseados em estudos e revisões sistemáticas, destacando dados de países de baixa e média renda.^{10,12,17,21-23}

Os fatores de risco sociodemográficos avaliados foram: nível de escolaridade; presença ou não de fonte de renda pessoal (trabalho, auxílios ou outras fontes); idade materna no parto (10-19; 20-34; ≥ 35); cor da pele autorreferida (branca ou não branca); estado civil (com parceiro ou sem parceiro) e fonte de financiamento do serviço: público (sistemas SUS) ou privado (privado ou concedido por empresas de saúde).

Os fatores de risco individuais avaliados foram: desejo de engravidar / gravidez planejada; tentativa de interrupção da gravidez atual usando alguma medicação ou algum outro método; histórico de transtorno mental (resposta afirmativa à questão “antes desta gravidez, você foi diagnosticada com um transtorno mental que exigia acompanhamento por um especialista?” durante a entrevista); prática de tabagismo antes da gravidez atual e uso de álcool (chopp, cerveja ou alguma outra bebida alcoólica) durante a gravidez.

Os fatores de risco obstétricos avaliados foram: número de partos anteriores (0; 1-2; ≥ 3); presença de antecedentes obstétricos desfavoráveis (histórico de aborto ou perda com menos de

5 meses de gravidez, filho nascido vivo com óbito no primeiro mês de vida, óbito fetal com 5 meses ou mais de gestação ou possuindo peso $\geq 500\text{g}$, recém-nascido pesando menos de 2.500g, histórico de parto prematuro); realização ou não de pré-natal na gestação atual; início de pré-natal tardio, maior que 4 meses; número de consultas pré-natais realizadas com médico, enfermeira ou parteira durante a gestação atual; risco gestacional usual / gestação de baixo risco ou incomum / gestação de alto risco (diabetes gestacional, hipertensão gestacional ou pré-gestacional, obesidade, AIDS, idade gestacional menor que 37 semanas ou maior que 41 semanas no momento do nascimento, gestação múltipla, apresentações não-cefálicas, peso ao nascer menos de 2.500g ou maior que 4.499g e menor que o percentil 5 ou acima do percentil 95 do peso para a idade gestacional); histórico de internamento durante gestação atual; tipo de parto: normal por via vaginal, cesariana eletiva ou cesariana intraparto (cesárea em pacientes que entraram em trabalho de parto); presença de acompanhante durante o parto e nascimento; realização de episiotomia; complicações maternas precoces (referência a pelo menos uma das seguintes manifestações: febre, hemorragia, necessidade de transfusão sanguínea, dor no períneo ou cesárea e necessidade de histerectomia puerperal) e dados sobre a função sexual feminina obtidas da entrevista final por telefone com aplicação do Índice de Função Sexual Feminina (IFSF) que identificou como disfuncional mulheres com escore $\geq 26,5$.

Os fatores de risco infantis avaliados foram: prematuridade; necessidade de internação na unidade de terapia intensiva neonatal (UI / UTIN); desfecho neonatal adverso (referência a pelo menos uma das seguintes manifestações: morte neonatal nos primeiros 28 dias de vida, peso ao nascer abaixo de 1500g, índice de Apgar aos 5 minutos abaixo de sete, necessidade de ventilação mecânica e idade gestacional menor que 32 semanas); ida do bebê para o quarto junto com a mãe; peso ao nascimento ($< 2.500\text{g}$, $2.500\text{-}4.000\text{g}$, $> 4.000\text{g}$), contato pele a pele após o nascimento e aleitamento materno exclusivo após 45 dias.

2.2.2 Desfecho (variável dependente)

O desfecho avaliado foi provável depressão pós-parto, pesquisado na entrevista telefônica 6 a 8 meses após o parto, por meio da aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDP) validada para o Português.²⁴ Ela é uma escala de 10 itens e cada item tem quatro respostas possíveis de 0 a 3, com pontuação mínima de 0 e máxima de 30, medindo a intensidade dos sintomas depressivos nos sete dias anteriores. Sua administração por telefone

foi validada no Brasil, mostrando resultado com coeficiente alfa de Cronbach de 0,861, correlação de Spearman entre a sua administração por telefone e o autorrelato de 0,69 (p 0,001) e curva ROC de 0,78 (IC 95% 0,72-0,84); e apresentando para o escore ≥ 10 , utilizado para avaliar a presença e a gravidade dos sintomas depressivos durante o período pós-parto, sensibilidade de 72,2%, especificidade de 71,6% e valor preditivo positivo de 67,7%.²⁵ No atual estudo, o ponto de corte ≥ 10 foi utilizado para classificar as mulheres como provavelmente deprimidas ou com sintomas de depressão.

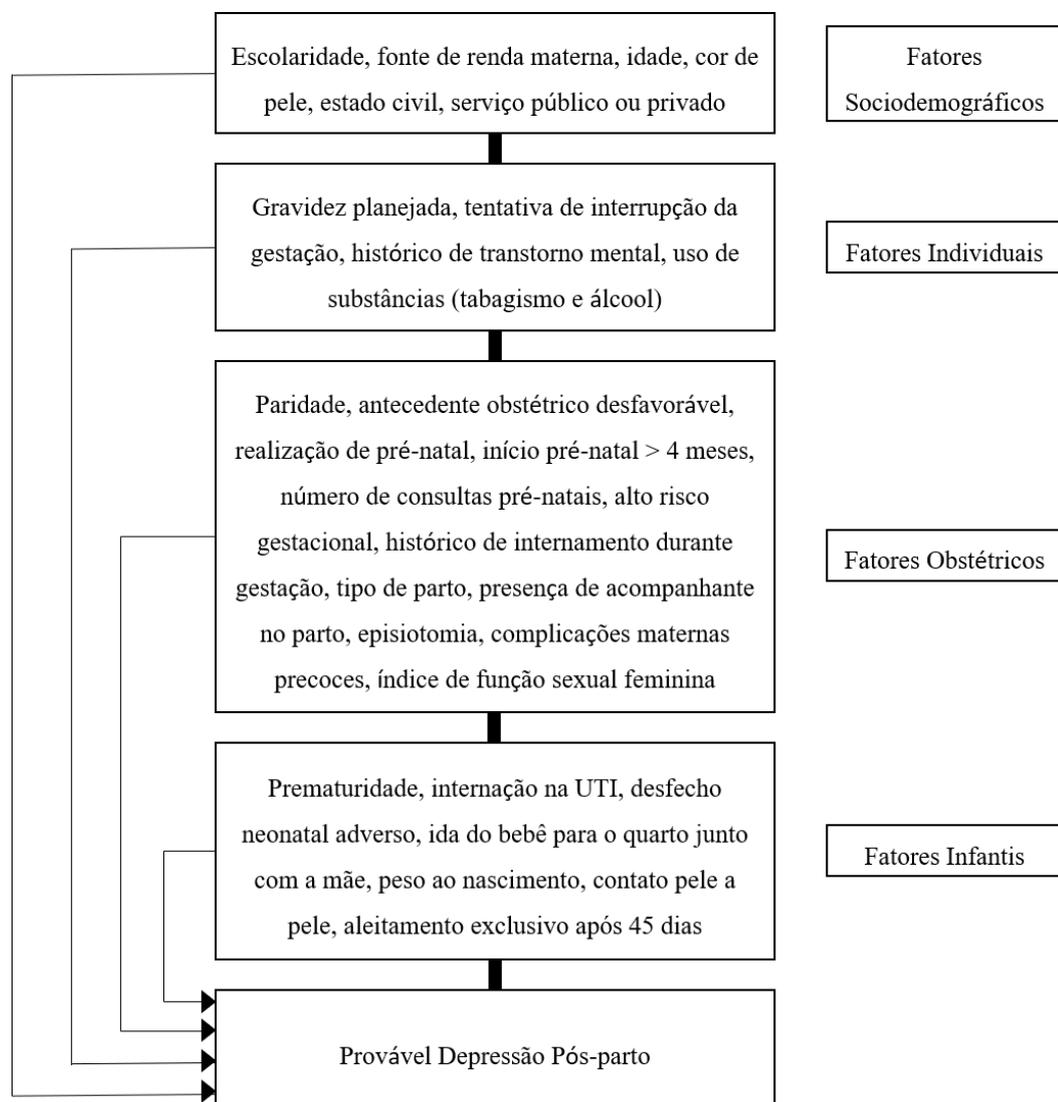


Figura 1. Modelo teórico para os determinantes de provável sintomatologia depressiva materna.

6.3 Análise de Dados

A fim de estimar a associação entre sintomas depressivos e as variáveis independentes do estudo, os dados foram descritos por meio de frequência simples e percentual quando categóricas, e média e desvio padrão quando contínuas. Para avaliar diferenças de média foi utilizado o teste Exato de Fisher e para avaliar diferenças de média foi utilizada análise de Variância (ANOVA). Foram calculadas razões de chances brutas e ajustadas bem como seus respectivos intervalos com 95% de confiança. As análises foram realizadas no software R Core Team 2017. O valor de significância utilizado foi de 5%.

6.4 Considerações Éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal de Sergipe, CAAE: 22488213.4.0000.5546, e atendeu às recomendações da Normativa 196/96, bem como à Resolução nº 466/2012. A identidade e os direitos dos participantes foram preservados. Todas as participantes assinaram o TCLE, tendo o direito garantido de encerrar a participação a qualquer momento, sem sofrer dano.

7 RESULTADOS

Das 768 mulheres que participaram do estudo, 298 responderam à EDP por telefone quando contatadas na entrevista final realizada entre 6 e 8 meses após o parto. Em relação às características sociodemográficas, a maioria das entrevistadas tinham entre 20-34 anos (71,5%), eram não brancas (84%), concluíram o ensino médio (47,3%), tinham parceiro (85%), possuíam fonte de renda própria (47,3%) e tiveram seus trabalhos de parto e parto financiados pelo sistema público de saúde (85%).

Em relação aos fatores individuais, 30,2% não planejaram sua gravidez, 17,7% referiram ingestão de alguma bebida alcoólica durante a gestação, 6% fumavam antes da gravidez, 4,4% tentaram interromper a gestação usando alguma medicação ou algum outro método, e somente 1% das puérperas possuía histórico de transtorno mental.

Em relação aos fatores obstétricos, a maioria das entrevistadas possuía três ou mais gestações anteriores (57,4%), realizaram pré-natal na gestação atual (99,7%), realizam 6 ou

mais consultas pré-natais com profissionais da área da saúde (78,5%), sendo que 29,5% iniciaram o pré-natal com mais de 4 meses de gestação. Ainda em relação à gestação, 23,8% possuíam antecedentes obstétricos desfavoráveis, 31,5% tiveram sua gestação classificada como alto risco, e 10,4% precisaram ser internadas. Em relação à via de parto, 56,7% tiveram parto normal, 30,2% cesárea eletiva e 13,1% cesárea intraparto, sendo que mais da metade das parturientes não possuíram acompanhante durante o parto/nascimento (53,6%). No tocante a procedimentos, a episiotomia foi feita em 20,8% das mulheres. E em relação à evolução, mais de um terço tiveram complicações maternas precoces (36,6%) e 30,5% cursaram com disfunção sexual no puerpério.

Em relação aos fatores infantis, somente 4% dos recém-nascidos eram prematuros, 3% precisaram ser internados na UTIN, 4,4% tiveram desfecho neonatal adverso, e 2 (0,6%) evoluíram para óbito. Em relação ao peso ao nascer, 6% pesavam menos de 2500g, 88% entre 2500-4000g, e 3% mais de 4000g. Após o nascimento, a maioria foi para o quarto junto com a mãe (80,2%), não teve contato pele a pele na primeira hora de vida (62,1%), e somente 27,5% permaneceram em aleitamento materno exclusivo após 45 dias.

A prevalência de casos prováveis de depressão pós-parto nesse estudo foi de 19,1%. Os fatores de risco demográficos estudados não foram associados significativamente a prováveis sintomas de depressão pós-parto, contudo, entre os fatores de risco individuais, foram encontradas associações significativas entre tentativa de interrupção da gestação ($p < 0,05$) e tabagismo antes da gravidez ($p < 0,005$), conforme analisado na Tabela 1. Entre os fatores de risco obstétricos, foram encontradas associações significativas entre as mulheres que evoluíram com complicações maternas precoces ($p < 0,05$) e que cursaram com disfunção sexual ($p < 0,005$), conforme apresentado Tabela 2. Já entre os fatores de risco neonatais estudados, não foram encontradas associações significativas com depressão pós-parto, conforme Tabela 3.

Após a correção das variáveis de confusão, apresentaram maior chance de depressão pós-parto as pacientes que evoluíram com disfunção sexual [RCA 3,11, IC95% (1,57-6,17)], tentaram interromper a gravidez [RCA 5,09, IC95% (1,23-21,0)], e fumaram durante a gestação [RCA 3,69, IC95% (1,12-12,1)], conforme tabela 4.

Tabela 1. Associação entre fatores de risco sociodemográficas e fatores de risco individuais com sintomas de depressão pós-parto em mulheres no estado de Sergipe, 2015.

Variáveis	Edinburgh		p-valor
	>=10	<10	
Escolaridade			
Analfabeto/Fundamental	28 (49,1)	93 (38,6)	0,246
Médio	25 (43,9)	116 (48,1)	
Superior	4 (7)	32 (13,3)	
Fonte de Renda			
Sim	25 (43,9)	116 (48,1)	0,658
Não	32 (56,1)	125 (51,9)	
Idade Materna			
10-19	14 (24,6)	44 (18,3)	0,126
20-34	35 (61,4)	178 (73,9)	
>=35	8 (14)	19 (7,9)	
Cor da Pele			
Branco	9 (15,8)	39 (16,2)	1,000
Não Branco	48 (84,2)	202 (83,8)	
Estado Civil			
Com parceiro	49 (86,0)	205 (85,0)	1,000
Sem parceiro	8 (14,0)	36 (15,0)	
Tipo de Serviço			
Privado	6 (10,5)	39 (16,2)	0,283
Público	51 (89,5)	202 (83,8)	
Gravidez Planejada			
Sim	38 (66,7)	168 (70,3)	0,632
Não	19 (33,3)	71 (29,7)	
Tentativa de Interrupção da Gestação Atual			
Sim	6 (10,5)	7 (2,9)	0,022
Não	51 (89,5)	234 (97,1)	
Histórico de Transtorno mental			
Sim	2 (3,5)	1 (0,4)	0,095
Não	55 (96,5)	240 (99,6)	
Tabagismo antes da gravidez atual			
Sim	9 (15,8)	9 (3,7)	0,002
Não	48 (84,2)	232 (96,3)	
Ingestão de álcool durante gravidez			
Sim	13 (22,8)	40 (16,6)	0,335
Não	44 (77,2)	201 (83,4)	

*Teste exato de Fisher

Tabela 2. Associação entre fatores de risco obstétricos com sintomas de depressão pós-parto em mulheres no estado de Sergipe, 2015.

Variáveis	Edinburgh		p-valor
	>=10	<10	
Paridade			
0	2 (3,5)	16 (6,6)	0,597
1-2	19 (33,3)	90 (37,3)	
>3	36 (63,2)	135 (56)	
Possui antecedentes obstétricos desfavoráveis			
Sim	16 (48,5)	55 (44,0)	0,645
Não	17 (51,5)	70 (56,0)	

Realização de pré-natal na gestação atual			
Sim	56 (98,2)	241 (100)	0,191
Não	1 (1,8)	0 (0)	
Início do Pré-natal			
>4 meses	14 (24,6)	74 (30,7)	0,421
Quantas consultas de pré-natal com médico, enfermeira ou parteira você fez durante a gravidez do (a) (nome do bebê)?			
Até 5 consultas	17 (29,8)	47 (19,5)	0,088
6 ou mais consultas	40 (70,2)	194 (80,5)	
Gestação de alto risco			
Sim	24 (42,1)	70 (29)	0,080
Não	33 (57,9)	171 (71)	
Internamento durante gestação atual			
Sim	7 (12,3)	29 (12)	1,000
Não	50 (87,7)	212 (88,0)	
Tipo de Parto			
Normal	36 (63,2)	133 (55,2)	0,541
Cesárea Intraparto	7 (12,3)	32 (13,3)	
Cesárea Eletiva	14 (24,6)	76 (31,5)	
Acompanhante durante o parto			
Sim	23 (46,9)	87 (39,4)	0,339
Não	26 (53,1)	134 (60,6)	
Realização de episiotomia			
Sim	17 (56,7)	45 (39,8)	0,146
Não	13 (43,3)	68 (60,2)	
Complicações maternas precoces			
Sim	27 (60,0)	82 (42,7)	0,036
Não	18 (40,0)	110 (57,3)	
IFSFTOTAL			
<26	26 (56,5)	65 (31)	0,002
≥26	20 (43,5)	145 (69)	

*Teste exato de Fisher

Tabela 3. Associação entre fatores de risco infantis com sintomas de depressão pós-parto em mulheres no estado de Sergipe, 2015.

Variáveis	Edinburgh		p-valor
	≥10	<10	
Prematuridade			
Sim	4 (7,3)	8 (3,5)	0,258
Não	51 (92,7)	219 (96,5)	
Internação na UTIN			
Sim	1 (25)	8 (24,2)	0,973
Não	3 (75)	25 (75,8)	
Desfecho Neonatal Adverso			
Sim	1 (1,8)	12 (5)	0,474
Não	56 (98,2)	229 (95,0)	
Óbito Fetal			
Sim	1 (1,9)	1 (0,4)	0,252
Não	52 (98,1)	231 (99,6)	
O bebê veio para o quarto junto com você?			
Sim	42 (75)	197 (81,7)	0,264
Não	14 (25,0)	44 (18,3)	
Peso ao nascer			
<2500	3 (5,3)	15 (6,2)	0,789
2500-4000	52 (91,2)	210 (87,1)	

>4000	2 (3,5)	16 (6,6)	
Contato Pele a pele			
Sim	21 (37,5)	92 (38,2)	1,000
Não	35 (62,5)	149 (61,8)	
Aleitamento materno exclusivo após 45 dias			
Sim	14 (27,5)	68 (30,8)	0,865
Não	37 (72,5)	158 (69,2)	

*Teste exato de Fisher

Tabela 4. Razão de Chance e Razão de Chance Ajustada para associação entre fatores de risco individuais e disfunção sexual com sintomas de depressão pós-parto em mulheres no estado de Sergipe, 2015.

	RC (IC95%)	RCA (IC95%)
IFSFTOTAL		
<26	2,90 (1,51-5,57)	3,11 (1,57-6,17)
>=26	1	1
Você tentou interromper esta gravidez usando alguma medicação ou algum outro método?		
Sim	4,83 (1,82-12,8)	5,09 (1,23-21,0)
Não	1	1
Você fumava antes da gravidez do (nome do bebê)?		
Sim	3,93 (1,27-12,2)	3,69 (1,12-12,1)
Não	1	1

RC – Razão de Chance; RCA – Razão de Chance Ajustada; IC95% - Intervalo com 95% de Confiança;

8 DISCUSSÃO

A saúde mental no período perinatal é considerada um importante problema de saúde pública.²⁶ A depressão pós-parto, um dos distúrbios mais prevalentes nas mulheres nesse período, quando não tratada, tem desfecho negativo na saúde da mulher e da criança, além de gerar custos econômicos significativos para a sociedade.²⁷ Conhecer sua prevalência e os fatores de risco associados a esse transtorno pode contribuir para estratégias que auxiliem na triagem e no gerenciamento dessa morbidade no ciclo gravídico-materno.

Os resultados de uma revisão sistemática e meta-regressão de 2017 sugerem que a prevalência global combinada de depressão perinatal é de 11,9%.²⁸ Entretanto, esse estudo revelou diferença nos valores de prevalência entre grupos de países, sendo maior a prevalência de depressão materna em países de baixa e média renda em comparação com os países de alta renda. No presente estudo, os resultados encontrados sugerem que a prevalência de provável depressão pós-parto em Sergipe é alta, afetando aproximadamente 1 a cada 5 mães (19,1%). Essa prevalência é próxima à relatada na região Nordeste (26,8%) e em outras regiões do Brasil.¹⁷ Em contrapartida, ela é maior que a prevalência encontrada em grandes estudos

realizados na Austrália (5,6%) e na Inglaterra (4,6%).^{29,30} Essas diferenças tendem a reforçar a disparidade encontrada na literatura entre valores de prevalência menores em países de alta renda, em comparação a valores maiores em países de baixa e média renda. No entanto, ressalta-se que divergências entre valores de prevalência também podem ser influenciados por diferenças metodológicas, como o valor de ponto de corte, geralmente variável entre Z10 e Z13 em estudos que utilizaram EDP, o momento e duração de aplicação da escala, e a escala aplicada.

Os fatores de risco que podem estar associados a uma maior probabilidade de as mulheres vivenciarem sintomas depressivos no puerpério ou até um ano após o parto vêm sendo estudados em vários países. No Brasil, um estudo nacional com 23.894 puérperas identificou como fatores de risco significativos para depressão pós-parto a cor da pele parda, a classe econômica baixa, o uso de álcool, uma história de transtornos mentais, gravidez não planejada, multiparidade, e mau atendimento durante o parto ou ao recém-nascido, entretanto, não observou associação de depressão materna com intervenções obstétricas ou neonatais e complicações no parto.¹⁷ Apesar desse estudo nacional e de outras análises na literatura indicarem provável associação entre determinantes demográficos, como desigualdades socioeducacionais e baixa fonte de renda, com maiores índices de depressão materna, no presente estudo em Sergipe tal associação não foi verificada. Contudo, é notável que um outro estudo na cidade de Brasília, no centro-oeste do Brasil, analisando uma amostra com provável nível socioeducacional mais elevado, encontrou um valor de prevalência de depressão pós-parto de 5,6%, resultado próximo ao encontrado em países desenvolvidos.³¹ Essa diferença acentuada entre prevalências gera uma reflexão sobre a influência de desigualdades sociais, econômicas e educacionais na probabilidade de mulheres vivenciarem sintomas depressivos no pós-parto, como também reafirmam a importância de mais estudos na área que investiguem a influência de tais determinantes demográficos na saúde mental dessas mulheres.

Já em relação aos fatores de risco individuais analisados, foi encontrada associação significativa entre tabagismo e tentativa de interrupção da gestação com presença de sintomas depressivos. Em relação à probabilidade, analisando a razão de chance corrigida, as pacientes que tentaram interromper a gestação apresentaram 5,09 vezes mais chances, e as que fumaram durante a gravidez 3,69 vezes mais chances de apresentarem sintomatologia depressiva em comparação àquelas que não apresentaram esses fatores de risco. Esses resultados são consistentes com evidências anteriores, associando gravidez indesejada, apoio conjugal e

familiar precário, e uso de drogas com um aumento no risco de depressão pós-parto.^{3,12,13} Em contrapartida, apesar de evidências na literatura sugerirem que um histórico de transtornos mentais é um potencial fator de risco para distúrbio depressivo materno, a análise nesse estudo não encontrou associação significativa entre essas variáveis, provavelmente devido à baixa prevalência do transtorno prévio à gestação na população estudada (1%). Esses dados sobre características psicossociais, histórico de saúde e hábitos de vida reforçam a necessidade de identificar esses fatores de risco no período gravídico, para que com a avaliação e acompanhamento adequados, desfechos psiquiátricos maternos desfavoráveis possam ser identificados e a terapêutica apropriada possa ser instituída.

Já em relação aos fatores de risco obstétricos, complicações maternas precoces e disfunção sexual feminina demonstraram associação significativa com o aumento da prevalência de sintomas depressivos. Em um estudo americano com 31.581 participantes, das cerca de 3.159 mulheres que apresentaram algum grau de depressão, 40% referiram disfunções sexuais.³² O ciclo gravídico-materno é um momento de alterações diversas na vida das mulheres, tanto nos aspectos fisiológicos e hormonais, como nos aspectos psíquicos e sociais, muitas vezes alterando o papel daquela mulher na família e na sociedade, o que pode contribuir para fatores de risco que sejam comuns à depressão pós-parto e à disfunção sexual.³³ No presente estudo, corrigindo as variáveis de confusão, as participantes que evoluíram com disfunção sexual apresentaram 3,11 vezes mais chances de apresentarem sintomatologia depressiva em comparação àquelas que não apresentaram essa disfunção. Outro ponto importante a ser ressaltado sobre esse tema, é que alguns estudos têm associado o uso de antidepressivos com alterações na função sexual feminina.^{32,34} Em contrapartida, e ao contrário do que se esperava, nenhum fator de risco infantil apresentou associação significativa neste estudo. Ainda não existem muitas análises que relacionem significativamente tais fatores de risco com sintomatologia depressiva, e mais pesquisas nessa área podem contribuir na construção uma base de dados mais consistente.

O presente estudo é limitado em virtude da pesquisa de sintomas depressivos ter sido feita por entrevista telefônica, que apesar de ter validade, não seria o método ideal. Pode-se citar também, como limitação, a perda de seguimento da casuística de 27,3% na avaliação de 45-60 dias pós-parto e de 61,2% na avaliação de 6-8 meses pós-parto. Contudo, apesar de tais limitações, foi possível avaliar prospectivamente 298 puérperas a longo prazo, representando uma casuística superior à de grande parte dos estudos que analisam a temática, com

questionários validados no Brasil e de todas as maternidades do estado. Os novos dados apresentados neste estudo são consistentes e coerentes com a literatura, auxiliando na ampliação de informações sobre problemas de saúde mental perinatais em países em desenvolvimento, podendo auxiliar, assim, no rastreamento de saúde mental na atenção pré-natal e pós-parto, ajudando a identificar as mulheres que se beneficiariam de avaliação psiquiátrica em profundidade, de acompanhamento e terapêutica adequados, modificando prognósticos materno e infantil.

9 CONCLUSÃO

A prevalência de depressão pós-parto em Sergipe foi alta. Mulheres que evoluem com disfunção sexual, tentaram interromper a gestação e fumaram durante a gravidez apresentam maiores chances de apresentar sintomas depressivos no pós-parto.

REFERÊNCIAS

1. Brummelte S, Galea LAM. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Horm Behav.* 2016;77:153–166. doi:10.1016/J.YHBEH.2015.08.008
2. American Psychiatric Association., American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5.*
3. Sipsma HL, Callands T, Desrosiers A, et al. Exploring Trajectories and Predictors of Depressive Symptoms Among Young Couples During Their Transition to Parenthood. *Matern Child Health J.* 2016;20(11):2372–2381. doi:10.1007/s10995-016-2064-3
4. Tuovinen S, Lahti-Pulkkinen M, Girchenko P, et al. Maternal depressive symptoms during and after pregnancy and child developmental milestones. *Depress Anxiety.* 2018;35(8):732–741. doi:10.1002/da.22756
5. Patel M, Bailey RK, Jabeen S, Ali S, Barker NC, Osiezagha K. Postpartum Depression: A Review. *J Health Care Poor Underserved.* 2012;23(2):534–542. doi:10.1353/hpu.2012.0037
6. Stewart DE, Robertson FE, Dennis C-L, Grace SL, Wallington T. *POSTPARTUM DEPRESSION: LITERATURE REVIEW OF RISK FACTORS AND INTERVENTIONS.*; 2003.
7. Flett GL, Hewitt PL, Blankstein KR, Mosher SW. Perfectionism, life events, and depressive symptoms: A test of a diathesis-stress model. *Curr Psychol.* 1995;14(2):112–137. doi:10.1007/BF02686885

8. Surkan PJ, Kennedy CE, Hurley KM, Black MM. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2011;89(8):608-615E. doi:10.2471/BLT.11.088187
9. Sohr-Preston SL, Scaramella L V. Implications of Timing of Maternal Depressive Symptoms for Early Cognitive and Language Development. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2006;9(1):65–83. doi:10.1007/s10567-006-0004-2
10. Maselko J, Bates L, Bhalotra S, et al. Socioeconomic status indicators and common mental disorders: Evidence from a study of prenatal depression in Pakistan. *SSM - Popul Heal.* 2018;4:1–9. doi:10.1016/j.ssmph.2017.10.004
11. GUINTIVANO J, MANUCK T, MELTZER-BRODY S. Predictors of Postpartum Depression. *Clin Obstet Gynecol.* 2018;61(3):1. doi:10.1097/GRF.0000000000000368
12. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ.* 2012;90(2):139G-149G. doi:10.2471/BLT.11.091850
13. Rasmussen M-LH, Strøm M, Wohlfahrt J, Videbech P, Melbye M. Risk, treatment duration, and recurrence risk of postpartum affective disorder in women with no prior psychiatric history: A population-based cohort study. *PLoS Med.* 2017;14(9):e1002392. doi:10.1371/journal.pmed.1002392
14. (UNFPA) W and UNPF. *Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries.*; 2008.
15. Jāhāna S, United Nations Development Programme. *Human development report 2016 : human development for everyone.*
16. WORLD BANK. GINI index (World Bank estimate) | Data. https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI?locations=BR&name_desc=false. Acessado abril 4, 2018.
17. Theme Filha MM, Ayers S, Gama SGN da, Leal M do C. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *J Affect Disord.* 2016;194:159–167. doi:10.1016/J.JAD.2016.01.020
18. Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica.* 2014;30(suppl 1):S17–S32. doi:10.1590/0102-311X00151513
19. Vasconcellos MTL de, Silva PL do N, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Junior PRB de, Szwarcwald CL. Desenho da amostra Nascir no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. *Cad Saude Publica.* 2014;30(suppl 1):S49–S58.

doi:10.1590/0102-311X00176013

20. DATASUS. Informações de Saúde, Estatísticas Vitais: banco de dado. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>. Acessado abril 18, 2018.
21. Martini J, Petzoldt J, Einsle F, Beesdo-Baum K, Höfler M, Wittchen H-U. Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: A prospective-longitudinal study. *J Affect Disord*. 2015;175:385–395. doi:10.1016/j.jad.2015.01.012
22. Upadhyay RP, Chowdhury R, Salehi A, et al. Systematic reviews Postpartum depression in India: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Heal Organ*. 2017;95:706–717. doi:10.2471/BLT.17.192237
23. Vliegen N, Casalin S, Luyten P. The Course of Postpartum Depression: A Review of Longitudinal Studies. 2014. doi:10.1097/HRP.0000000000000013
24. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saude Publica*. 2007;23(11):2577–2588. doi:10.1590/S0102-311X2007001100005
25. Pinheiro de Figueiredo F, Paula Parada A, Cunha Cardoso V, et al. Postpartum depression screening by telephone: a good alternative for public health and research. doi:10.1007/s00737-014-0480-1
26. Aaron E, Bonacquisti A, Geller PA, Polansky M. Perinatal Depression and Anxiety in Women with and without Human Immunodeficiency Virus Infection. *Women's Heal Issues*. 2015;25(5):579–585. doi:10.1016/j.whi.2015.04.003
27. Cheng TS, Chen H, Lee T, et al. An independent association of prenatal depression with wheezing and anxiety with rhinitis in infancy. *Pediatr Allergy Immunol*. 2015;26(8):765–771. doi:10.1111/pai.12453
28. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord*. 2017;219:86–92. doi:10.1016/J.JAD.2017.05.003
29. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *J Affect Disord*. 2008;108:147–157. doi:10.1016/j.jad.2007.10.014
30. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord*. 2004;80(1):65–73. doi:10.1016/J.JAD.2003.08.004
31. Zaconeta AM, Queiroz IFB de, Amato AA, Motta LDC da, Casulari LA. Depression

- with postpartum onset: a prospective cohort study in women undergoing elective cesarean section in Brasilia, Brazil. *Rev Bras Ginecol e Obs.* 2013;35(3):130–135. doi:10.1590/S0100-72032013000300007
32. Johannes CB, Clayton AH, Odom DM, et al. Distressing Sexual Problems in United States Women Revisited. *J Clin Psychiatry.* 2009;70(12):1698–1706. doi:10.4088/JCP.09m05390gry
 33. Sérgio H. Martins-Costa , José Geraldo Lopes Ramos , José Antônio Magalhães , Eduardo Pandolfi Passos FF. *Rotinas Em Obstetricia - 7ª Ed.*; 2017.
 34. Montejo AL, Calama J, Rico-Villademoros F, et al. A Real-World Study on Antidepressant-Associated Sexual Dysfunction in 2144 Outpatients: The SALSEX I Study. *Arch Sex Behav.* 2019;48(3):923–933. doi:10.1007/s10508-018-1365-6

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA



FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Filial à Associação Médica Brasileira

PRESIDÊNCIA

Av. Brigadeiro Lutz Antônio, 3421- sala 903-São Paulo-SP-Brasil- 01401-001-Fone: 55 (11) 5573.4919

SECRETARIA EXECUTIVA

Av. das Américas, 8445- sala 711-Rio de Janeiro-RJ-Brasil- 22793-081-Fone: 55 (21) 2487.6336

www.febrasgo.org.br

Sobre nós

A Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Rev Bras Ginecol Obstet., ISSN 1806-9339), publicação mensal de divulgação científica da Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), é dirigida a obstetras, ginecologistas e profissionais de áreas afins, com o propósito de publicar resultados de pesquisa sobre temas relevantes no campo da Ginecologia, Obstetrícia e áreas correlatas. É aberta a contribuições nacionais e internacionais. A revista recebe submissões apenas no idioma inglês.

Subáreas do conhecimento em Ginecologia e Obstetrícia de interesse:

- Atenção primária;
- Ciência básica e translacional;
- Cirurgia ginecológica e uroginecologia;
- Contracepção;
- Doenças do trato genital inferior;
- Doenças sexualmente transmissíveis;
- Endocrinologia ginecológica;
- Endoscopia ginecológica;
- Ensino e Treinamento;
- Epidemiologia e estatística;
- Ética;
- Fisiologia do Sistema Reprodutor Feminino;
- Ginecologia geral;
- Ginecologia pediátrica e do adolescente;
- Gravidez de alto risco;
- Imagem;
- Mastologia;
- Medicina fetal;
- Menopausa;
- Multidisciplinaridade;
- Obstetrícia;
- Oncologia ginecológica;
- Qualidade de Vida;

- Reprodução humana e fertilização assistida;
- Sexualidade.

Fontes de indexação

- Isi - Web of Science - Web of Knowledge (*Emerging*)
- Scopus - Sci Verse
- SciELO - Scientific Eletronic Library on-line
- Lilacs - Literatura Latina-Americana em Ciências da Saúde
- SCImago - SCImago Journal & Country Rank
- PubMed Central/ Medline

Propriedade intelectual

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#) do tipo atribuição BY.

A revista on-line tem acesso aberto e gratuito.

Instruções aos Autores

Escopo e Política

 Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons

O material enviado para análise não pode ter sido submetido simultaneamente à publicação em outras revistas nem publicado anteriormente. Na seleção dos manuscritos para publicação, são avaliadas originalidade, relevância do tema e qualidade da metodologia utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. O material publicado passa a ser propriedade intelectual da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e da Febrasgo.

Avaliação dos manuscritos

Os manuscritos submetidos à revista são recebidos pelo Escritório Editorial, que realiza a conferência das documentações obrigatórias, bem como analisa se as normas editoriais contidas nas Instruções aos Autores foram cumpridas. Se o processo estiver em conformidade, o manuscrito será enviado ao Editor-Chefe que fará uma avaliação de mérito do manuscrito submetido. Se o Editor-Chefe concluir que o trabalho está em condições científicas e técnicas favoráveis, o manuscrito será encaminhado aos Editores Associados, que, por sua vez, designarão pareceristas (*processo double mind*) para avaliar o trabalho. Os pareceres dos revisores e as instruções do editor serão enviados para os autores para que eles tomem conhecimento das alterações a serem introduzidas. Os autores devem reenviar o texto com as modificações sugeridas no prazo solicitado. Ao resubmeter o manuscrito, as correções solicitadas devem estar em destaque no texto (grifadas em amarelo). Em casos de não concordância com as sugestões,

inclua as observações nos balões comentários. Seja assertivo e pontual com a inquirição, inclusive sustentando a hipótese com referências. **IMPORTANTE!** Os Autores devem cumprir os prazos, visto que o não atendimento resultará atraso de sua publicação ou até mesmo no arquivamento do processo. Os autores podem solicitar em qualquer ponto do processo de análise e edição do texto a sustação do processo e a retirada do trabalho, exceto quando o manuscrito estiver aceito para publicação. Os conceitos e as declarações contidos nos artigos são de responsabilidade dos autores.

Diretrizes

Como Visão, a RBGO pretende se tornar um periódico reconhecido internacionalmente como referência de pesquisas em Ginecologia e Obstetrícia, tomando-se uma das principais revistas da especialidade no ranking mundial. RBGO deverá ser em veículo científico essencial para os programas de pós-graduação no Brasil, na divulgação da produção científica de alunos e orientadores/pesquisadores.

A RBGO tem como Missão contribuir para o desenvolvimento da pesquisa brasileira em Ginecologia e Obstetrícia, assim como auxiliar os alunos de pós-graduação e jovens pesquisadores no aprimoramento de sua capacitação científica e como órgão facilitador da divulgação dos resultados de suas pesquisas, que possam contribuir para a melhoria da assistência e da qualidade de vida da mulher.

Os Valores cultivados por RBGO serão sempre a inovação e o compromisso com a qualidade, em respeito à Ética na pesquisa e nas suas edições.

Preparando um manuscrito para submissão

Documentos obrigatórios para submissão

Ao submeter um manuscrito à RBGO anexe os documentos listados abaixo na plataforma de submissão ScholarOne. Cabe ressaltar que o não encaminhamento resultará no cancelamento do processo submetido. Documentação obrigatória para a submissão online:

- Autorização de transferência dos direitos autorais assinada por todos os autores (escaneada e anexada como documento suplementar) **Modelo**;
- Em conformidade com o capítulo XII.2 da Res. CNS 466/2012, no Brasil, pesquisas envolvendo seres humanos necessitam informar o número do registro referente ao Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) ou o número do parecer de aprovação da pesquisa (CEP/CONEP) no Comitê de Ética. Manuscritos internacionais devem apresentar a documentação ética local para seguirem no processo de submissão;
- Carta de Apresentação (Cover Letter): deverá ser redigida com o propósito de justificar a publicação. Deve-se identificar os autores, a titulação da equipe que pretende publicar, instituição de origem dos autores e a intenção de publicação;
- Página de Título;
- Manuscrito.

Página de Título

- Título do manuscrito, no idioma inglês, com no máximo 18 palavras;

- Nome completo, sem abreviações, dos autores (no máximo seis);
- Autor correspondente (Nome completo, endereço profissional de correspondência e e-mail para contato);
- Afiliação Institucional de cada autor. Exemplo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Conflitos de interesse: os autores devem informar quaisquer potenciais conflitos de interesse seja ele político, econômico, de recursos para execução da pesquisa ou de propriedade intelectual;
- **Agradecimentos:** os agradecimentos ficam restritos às pessoas e instituições que contribuíram de maneira relevante, para o desenvolvimento da pesquisa. Qualquer apoio financeiro seja ele oriundo de órgãos de fomento ou empresas privadas deve ser mencionado na seção Agradecimentos. A RBGO, para os autores Brasileiros, solicita que os financiamentos das agências CNPq, Capes, FAPESP entre outras, sejam obrigatoriamente mencionadas com o número do processo da pesquisa ou de bolsas concedidas.
- **Contribuições:** conforme os critérios de autoria científica do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*, o crédito de autoria deve ser fundamentado em três condições que devem ser atendidas integralmente: 1. Contribuições substanciais para concepção e delineamento, coleta de dados ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e 3. Aprovação final da versão a ser publicada.

Manuscrito

Instruções aos Autores

A Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia publica as seguintes categorias de manuscritos:

Artigos Originais, trabalhos completos prospectivos, experimentais ou retrospectivos. Manuscritos contendo resultados de pesquisa clínica ou experimental original têm prioridade para publicação.

Relatos de Casos, de grande interesse e bem documentados, do ponto de vista clínico e laboratorial. Os autores deverão indicar na carta de encaminhamento os aspectos novos ou inesperados em relação aos casos já publicados. O texto das seções Introdução e Discussão deve ser baseado em revisão bibliográfica atualizada.

Artigos de Revisão, incluindo *comprehensive reviews* metanálises ou revisões sistemáticas. Contribuições espontâneas são aceitas. Devem ser descritos os métodos e procedimentos adotados para a obtenção do texto, que deve ter como base referências recentes, inclusive do ano em curso. Tratando-se de tema ainda sujeito a controvérsias, a revisão deve discutir as tendências e as linhas de investigação em curso. Apresentar, além do texto da revisão, resumo e conclusões. Ver a seção "Instruções aos Autores" para informações quanto ao corpo do texto e página de título;

Cartas ao Editor, versando sobre matéria editorial ou não, mas com apresentação de informações relevantes ao leitor. As cartas podem ser resumidas pela editoria, mas com manutenção dos pontos principais. No caso de críticas a trabalhos publicados, a carta é enviada aos autores para que sua resposta possa ser publicada simultaneamente;

Editorial, somente a convite do editor.

Título

Ao escrever um artigo científico, o pesquisador deve se atentar na elaboração do título do manuscrito. O título é o cartão de visitas de qualquer publicação. Deve ser elaborado com muito cuidado e de preferência escrito apenas após a finalização do artigo. Um bom título é aquele que descreve adequadamente o conteúdo do manuscrito. Geralmente, ele não é uma frase, pois não contém o sujeito, além de verbos e objetos arranjados. Os títulos raramente devem conter abreviações, fórmulas químicas, adjetivos acessivos, nome de cidades entre outros. O título dos manuscritos submetidos à RBGO deve conter no máximo 18 palavras.

Resumo

O resumo deve fornecer o contexto ou a base para o estudo e deve estabelecer os objetivos do estudo, os procedimentos básicos, os principais resultados e as principais conclusões. Deve enfatizar aspectos novos e importantes do estudo ou das observações. Pelo fato de os resumos serem a única parte substantiva do artigo indexada em muitas bases de dados eletrônicas, os autores devem cuidar para que os resumos reflitam o conteúdo do artigo de modo preciso e destacar. No Resumo não utilize abreviações, símbolos e referências. No caso de artigos originais oriundos de ensaios clínicos, os autores devem informar o número de registro ao término da redação.

Resumo informativo, do tipo estruturado, de artigo original

Os resumos dos artigos originais submetidos à RBGO devem ser, obrigatoriamente, estruturados em quatro seções e conter no máximo 250 palavras:

Objetivo: O que foi feito; a questão formulada pelo investigador.

Métodos: Como foi feito; o método, incluindo o material usado para alcançar o objetivo.

Resultados: O que foi encontrado, o achado principal e, se necessário, os achados secundários.

Conclusão: O que foi concluído; a resposta para a questão formulada.

Resumo informativo, do tipo estruturado, de artigo de revisão sistemática

Dentre os itens a serem incluídos, estão o objetivo da revisão à pergunta formulada, a fonte de dados, os procedimentos de seleção dos estudos e de coleta de dados, os resultados e as conclusões. Os resumos dos artigos de revisão sistemática submetidos à RBGO devem ser, obrigatoriamente, estruturados em seis seções e conter no máximo 250 palavras:

Objetivo: Declarar o objetivo principal do artigo.

Fontes dos dados: Descrever as fontes de dados examinadas, com datas, termos de indexação e limitações inclusive.

Seleção dos estudos: Especificar o número de estudos revisados e os critérios empregados em sua seleção.

Coleta de dados: Resumir a conduta utilizada para extrair os dados e como ela foi usada.

Síntese dos dados: Expor os resultados principais da revisão e os métodos empregados para obtê-los.

Conclusões: Indicar as conclusões principais e sua utilidade clínica.

Resumo informativo, do tipo não estruturado, de artigos de revisão, exceto revisão sistemática e estudos de caso

Deve conter a essência do artigo, abrangendo a finalidade, o método, os resultados e as conclusões ou recomendações. Expõe detalhes suficientes para que o leitor possa decidir sobre a conveniência da leitura de todo o texto (Limite de palavras: 150).

Palavras-chave

As palavras-chave de um trabalho científico indicam o conteúdo temático do texto que representam. Dentre os objetivos dos termos mencionados considera-se como principais a identificação do conteúdo temático, a indexação do trabalho nas bases de dados e a rápida localização e recuperação do conteúdo. Os sistemas de palavras-chave utilizados pela RBGO são o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde – Indexador Lilacs) e o MeSH (Medical Subject Headings – Indexador MEDLINE-PubMed). Por gentileza, escolha cinco descritores que representem o seu trabalho nestas plataformas.

Corpo do manuscrito (Os manuscritos submetidos à RBGO devem possuir no máximo 4000 palavras, sendo que as tabelas, quadros e figuras da seção Resultados não são contabilizados, bem como as Referências)

Introdução

A seção **Introdução** de um artigo científico tem por finalidade informar o que foi pesquisado e o porquê da investigação. É a parte do artigo que prepara o leitor para entender a investigação e a justificativa de sua realização. O conteúdo a ser informado nesta seção deve fornecer contexto ou base para o estudo (isto é, a natureza do problema e a sua importância); declarar o propósito específico, o objetivo de pesquisa ou a hipótese testada no estudo ou observação. O objetivo de pesquisa normalmente tem um foco mais preciso quando é formulado como uma pergunta. Tanto os objetivos principais quanto os secundários devem estar claros e quaisquer análises em um subgrupo pré-especificados devem ser descritas; dar somente referências estritamente pertinentes e não incluir dados ou conclusões do trabalho que está sendo relatado.

Métodos

Métodos, segundo o dicionário Houaiss, “é um processo organizado, lógico e sistemático de pesquisa”. Método compreende o material e os procedimentos adotados na pesquisa de modo a poder responder à questão central de investigação. Estruture a seção **Métodos** da RBGO iniciando pelo tipo de delineamento do estudo; o cenário da pesquisa (local e a época em que se desenrolou); a amostra de participantes; a coleta de dados; a intervenção a ser avaliada (se houver) e também a intervenção alternativa; os métodos estatísticos empregados e os aspectos éticos de investigação. Ao pensar na redação do delineamento do estudo reflita se o delineamento é apropriado para alcançar o objetivo da investigação, se a análise dos dados reflete o delineamento e se foi alcançado o que se esperava com o uso daquele delineamento para

pesquisar o tema. A seguir os delineamentos utilizados em pesquisa clínica ou epidemiológica e que deverão constar na seção Métodos do manuscrito enviado à RBGO:

Tipos de estudo (adaptada de Pereira, 2014*):
Relato de Caso (Estudo de Caso): Investigação aprofundada de uma situação, na qual estão incluídas uma ou poucas pessoas (de 10 ou menos usualmente);
Série de Casos: Conjunto de pacientes (por exemplo, mais de 10 pessoas) com o mesmo diagnóstico ou submetidos a mesma intervenção. Trata-se, em geral, de série consecutiva de doentes, vistos em um hospital ou em outra instituição de saúde, durante certo período. Não há grupo-controle interno composto simultaneamente. A comparação é feita em controles externos. Dá-se o nome de controle externo ou histórico ao grupo usado para comparação dos resultados, mas que não tenha sido constituído ao mesmo tempo, no interior da pesquisa: por exemplo, a série de casos é comparada com os pacientes de anos anteriores.
Estudo Transversal (Ou Seccional): Investigação para determinar prevalência; para examinar a relação entre eventos (exposição, doença e outras variáveis de interesse), em um determinado momento. Os dados sobre causa e efeito são coletados simultaneamente: por exemplo, a série de casos é comparada com os pacientes de anos anteriores.
Estudo de caso-controle: Particular forma de investigação etiológica, de cunho retrospectivo; parte-se do efeito em busca das causas. Grupos de indivíduos, respectivamente, com um determinado agravo à saúde e, sem este, são comparados com respeito a exposições que sofreram no passado de modo que se teste a hipótese de a exposição a determinados fatores de risco serem causas contribuintes da doença. Por exemplo, indivíduos acometidos por dor lombar são comparados com igual número de indivíduos (grupo-controle), de mesmo sexo e idade, mas sem dor lombar.
Estudo de coorte: Particular forma de investigação de fatores etiológicos; parte-se da causa em busca dos efeitos; portanto, o contrário do estudo de caso-controle. Um grupo de pessoas é identificado, e é coletada a informação pertinente sobre a exposição de interesse, de modo que o grupo pode ser acompanhado, no tempo e se verifica os que não desenvolvem a doença em foco e se essa exposição prévia está relacionada à ocorrência de doença. Por exemplo, os fumantes são comparados com controles não fumantes; a incidência de câncer de bexiga é determinada para cada grupo.
Estudo randomizado: Tem a conotação de estudo experimental para avaliar uma intervenção; daí a sinonímia <i>estudo de intervenção</i> . Pode ser realizado em ambiente clínico; por vezes designado simplesmente como ensaio clínico ou estudo clínico. Também é realizado em nível comunitário. No ensaio clínico, os participantes são alocados, aleatoriamente, para formar grupos, chamados de estudo (experimental) e controle (ou testemunho), a serem submetidos ou não a uma intervenção (aplicação de um medicamento ou de uma vacina, por exemplo). Os participantes são acompanhados para verificar a ocorrência de desfecho de interesse. Dessa maneira, a relação entre intervenção e efeito é examinada em condições controladas de observação, em geral, com avaliação duplo-cega. No caso de estudo randomizado informe o número do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC) e/ou o número do <i>International Clinical Trials Registration Platform</i> (ICTRP/OMS), na página de título.

<p>Estudo ecológico: Pesquisa realizada com estatísticas; a unidade de observação e análise não é constituída de indivíduos, mas de grupo de indivíduos; daí, seus sinônimos: estudo de grupos, de agregados, de conglomerados, estatísticos ou comunitários. Por exemplo, a investigação sobre a variação, entre países europeus, dos coeficientes de mortalidade por doenças do sistema vascular e do consume <i>per capita</i> de vinho.</p>
<p>Revisão Sistemática e Metanálise: Tipo de revisão em que há uma pergunta claramente formulada e são usados métodos explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e também para coletar e analisar dados a partir dos estudos que estão incluídos na revisão. São aplicadas estratégias que limitam vieses, na localização, na seleção, na avaliação crítica e na síntese dos estudos relevantes sobre determinado tema. A metanálise pode fazer ou não parte da revisão sistemática. Metanálise é a revisão de dois ou mais estudos, para obter estimativa global, quantitativa, sobre a questão ou hipótese investigada; emprega métodos estatísticos para combinar resultados dos estudos utilizados na revisão.</p>

Fonte: *Pereira MG. Artigos Científicos – Como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2014.

<p>Roteiro para revisão estatística de trabalhos científicos originais</p>
<p>Objetivo do estudo: O objetivo do estudo está suficientemente descrito, incluindo hipóteses pré-estabelecidas?</p>
<p>Delineamento: O delineamento é apropriado para alcançar o objetivo proposto?</p>
<p>Características da amostra: Há relato satisfatório sobre a seleção das pessoas para inclusão no estudo? Uma taxa satisfatória de respostas (de casos válidos) foi alcançada? Se houve seguimento dos participantes, ele foi suficientemente longo e completo? Se houve emparelhamento (por exemplo, de casos e controles), ele é adequado? Como se lidou com os dados não disponíveis (<i>missing data</i>)?</p>
<p>Coleta de dados (mensuração dos resultados): Os métodos de mensuração foram detalhados para cada variável de interesse? A comparabilidade dos métodos de mensuração utilizados nos grupos está descrita? A validade e a reprodutividade dos métodos empregados foram consideradas?</p>
<p>Tamanho da amostra: Foram fornecidas informações adequadas sobre o cálculo do tamanho da amostra? A lógica utilizada para a determinação do tamanho do estudo está descrita, incluindo considerações práticas e estatísticas?</p>
<p>Métodos estatísticos: O teste estatístico utilizado para cada comparação foi informado? Indique se os pressupostos para uso do teste foram obedecidos. São informados os métodos utilizados para qualquer outra análise realizada? Por exemplo, análise por subgrupos e análise de sensibilidade. Os principais resultados estão acompanhados da precisão da estimativa? Informe o valor p, o intervalo de confiança. O nível alfa foi informado? Indique o nível alfa, abaixo do qual os resultados são estatisticamente significantes. O erro beta foi informado? Ou então, indique o poder estatístico da amostra. O ajuste foi feito para os principais fatores geradores de confusão? Foram descritos os motivos que explicaram a inclusão de uns e a exclusão de outros? A diferença encontrada é estatisticamente significativa? Assegure-se que há análises suficientes para mostrar que a diferença estatisticamente significativa não é devida a algum</p>

viés (por exemplo, falta de comparabilidade entre os grupos ou distorção na coleta de dados). Se a diferença encontrada é significativa, ela também é relevante? Especifique a mínima diferença clinicamente importante. Deixe clara a distinção entre diferença estatisticamente e diferença clínica relevante. O teste é uni ou bicaudal? Forneça essa informação, se apropriado. Qual o programa estatístico empregado? Dê a referência de onde encontrá-lo. Informe a versão utilizada.

Resumo: O resumo contém síntese adequada do artigo?

Recomendação sobre o artigo: O artigo está em padrão estatístico aceitável para publicação? Em caso negativo, o artigo poderá ser aceito após revisão adequada?

Fonte: *Pereira MG. Artigos Científicos – Como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2014.

IMPORTANTE!

A RBGO aderiu à iniciativa do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)* e da Rede EQUATOR destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de pesquisas. Consulte as guias interacionais relacionadas:

Ensaio clínico randomizado:

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/consort/>

Revisões sistemáticas e metanálises:

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/>

Estudos observacionais em epidemiologia:

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/>

Estudos qualitativos:

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/srqrl/>

Resultados

O propósito da seção **Resultados** é mostrar o que foi encontrado na pesquisa. São os dados originais obtidos e sintetizados pelo autor, com o intuito de fornecer resposta à questão que motivou a investigação. Para a redação da seção, apresente os resultados em sequência lógica no texto, nas tabelas e nas ilustrações, mencionando primeiro os achados mais importantes. Não repita no texto todas as informações das tabelas ou ilustrações; enfatize ou resuma apenas observações importantes. Materiais adicionais ou suplementares e detalhes técnicos podem ser colocados em um apêndice, no qual estarão acessíveis, mas não interromperão o fluxo do texto. Como alternativa, essas informações podem ser publicadas apenas na versão eletrônica da Revista. Quando os dados são resumidos na seção resultado, dar os resultados numéricos não apenas em valores derivados (por exemplo, percentuais), mas também em valores absolutos, a partir dos quais os derivados foram calculados, e especificar os métodos estatísticos usados para analisá-los. Use apenas as tabelas e figuras necessárias para explicar o argumento do trabalho e para avaliar o seu embasamento. Quando for cientificamente apropriado, as análises dos dados com variáveis tais como idade e sexo devem ser incluídas. Não ultrapasse o limite de no máximo cinco tabelas, cinco quadros ou cinco figuras. As tabelas, quadros e/ou figuras devem ser inclusas no corpo do manuscrito e não contabilizam o limite solicitado de 4000 palavras.

ATENÇÃO!

As seções **Métodos** e **Resultados** nos Estudos de Caso devem ser substituídas pelo termo **Descrição do Caso**.

Discussão

Na seção **Discussão** enfatize os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões deles derivadas. Não repita detalhadamente dados ou outras informações apresentados nas seções de introdução ou de resultados. Para estudos experimentais, é útil iniciar a discussão resumindo brevemente os principais achados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes, declarar as limitações do estudo e explorar as implicações dos achados para pesquisas futuras e para a prática clínica. Evite alegar precedência e aludir a trabalhos que não estejam completos. Não discuta dados que não são diretamente relacionados aos resultados da pesquisa apresentada. Proponha novas hipóteses quando justificável, mas qualificá-las claramente como tal. No último parágrafo da seção **Discussão** informe qual a informação do seu trabalho que contribui relativamente para o avanço-novo conhecimento.

Conclusão

A seção **Conclusão** tem por função relacionar as conclusões com os objetivos do estudo, mas o autor deve evitar afirmações sem embasamento e conclusões que não tenham sustentação adequada pelos dados. Em especial, os autores devem evitar fazer afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a menos que seu original inclua análises econômicas e dados apropriados.

Referências

Uma pesquisa é fundamentada nos resultados de outras que a antecederam. Uma vez publicada, passa a ser apoio para trabalhos futuros sobre o tema. No relato que faz de sua pesquisa, o autor assinala os trabalhos consultados que julga pertinente informar aos leitores, daí a importância de escolher boas Referências. As referências adequadamente escolhidas dão credibilidade ao relato. Elas são fonte de convencimento do leitor da validade dos fatos e argumentos apresentados.

Atenção! Para os manuscritos submetidos à RBGO, os autores devem numerar as referências por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evite o número excessivo de referências, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregar citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos, teses ou publicações de circulação restrita (não indexados). Busque citar as referências primárias e convencionais (artigos em periódicos científicos e os livros-textos). Não empregue referências do tipo "observações não publicadas" e "comunicação pessoal". Publicações dos autores (autocitação) devem ser empregadas apenas se houver necessidade clara e forem relacionadas ao tema. Nesse caso, incluir entre as referências bibliográficas apenas trabalhos originais publicados em periódicos regulares (não citar capítulos ou revisões). O número de referências deve ser de 35, exceto para artigos de revisão. Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das referências.

Para formatar as suas referências, consulte o **American Medical Association (AMA) Citation Style**.

*As instruções aos Autores deste periódico foram elaboradas baseadas na obra literária **Artigos Científicos: Como redigir, publicar e avaliar** de **Maurício Gomes Pereira**, Editora Guanabara Koogan, 2014.

Envio de manuscritos

Os artigos deverão, obrigatoriamente, ser submetidos por via eletrônica, de acordo com as instruções publicadas no site <http://mc04.manuscriptcentral.com/rbgo-scielo>

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

Endereço: Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 3421, 01401-001, sala 903, Jardim Paulista, São Paulo, SP, Brasil.

Tel.: + 55 11 5573.4919

Email: editorial.office@febrasgo.org.br

Home Page: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/issue/10.1055/s-006-33175>

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Você está em: Público > Confirmar Aprovação pelo CAAE ou Parecer

CONFIRMAR APROVAÇÃO PELO CAAE OU PARECER

Informe o número do CAAE ou do Parecer:

Número do CAAE: Número do Parecer:

Esta consulta retorna somente pareceres aprovados. Caso não apresente nenhum resultado, o número do parecer informado não é válido ou não corresponde a um parecer aprovado.

DETALHAMENTO

Título do Projeto de Pesquisa:

Número do CAAE: **Número do Parecer:**

Quem Assinou o Parecer: **Pesquisador Responsável:**

Data Início do Cronograma: **Data Fim do Cronograma:** **Contato Público:**

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM MEDICINA DOUTORADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I – Dados sobre a pesquisa científica

Título: NASCER EM SERGIPE: assistência pré-natal e resultados perinatais.

Pesquisadora: Daniela Siqueira Prado Orientador: Prof. Dr. Ricardo Queiroz Gurgel

II – Termo de Consentimento

Prezada _____,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Nascer em Sergipe: assistência pré-natal e resultados perinatais”, de responsabilidade de pesquisadores da UFS e de outras instituições de pesquisa. O estudo pretende identificar os tipos de parto realizados, os motivos para realização de cada um e avaliar o atendimento à mulher durante o pré-natal e o parto, e aos recém nascidos. A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e a criança, não havendo qualquer risco envolvido. Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre você e seu bebê e como foi sua assistência desde o pré-natal e consultar algumas informações em seu prontuário. As respostas serão anotadas em um formulário. Esta entrevista terá uma duração em torno de, aproximadamente 30 minutos. Posteriormente, iremos entrar em contato com você por telefone, no período entre 45 e 60 dias após esta entrevista, para saber como estará a sua saúde e do seu filho. Tudo que for dito ficará em segredo e o seu nome não será divulgado. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper se assim desejar. Eu declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, desta pesquisa.

III – Informações dos nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa.

1. Rosemar Barbosa Mendes. Profa. Me. do Núcleo de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Rua Padre Álvares Pitangueira, 248. Centro, Lagarto-Se. IV – Consentimento pós esclarecido

Declaro que, após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora, e, tendo entendido o que me foi explicado, consinto participar da referida pesquisa.

Se, _____ de _____ de 2015.

Assinatura da puérpera

Assinatura do pesquisador

Informações adicionais no caso de recusa da mãe em participar da pesquisa:**1. Motivo da Recusa:**

- 2. Idade da entrevistada (mãe):** anos (preencher com 99 caso ela não queira responder)
- 3. Escolaridade da mãe: Série do Ensino** 1. Fundamental 2. Médio 3. Superior 9. Não quis dar a informação
- 4. Raça ou cor (opinião do entrevistador):** 1. Branca 2. Preta 3. Parda (morena/mulata) 4. Amarela 5. Indígena
- 5. Tipo de parto** 1. Normal 2. Cesariana 9. Não quis dar a informação
- 6. O seu parto foi pago pelo:** 1. SUS 2. Plano de saúde 3. Particular
- 7. Nome completo da Entrevistada (mãe):** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXO D – QUESTIONÁRIO HOSPITALAR DA PUÉRPETA

**INSTRUTIVO****QUESTIONÁRIO HOSPITALAR
PUÉRPETA****2011**

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

ORIENTAÇÕES AO ENTREVISTADOR

Este documento apresenta as orientações que deverão nortear o levantamento de dados da pesquisa "Nascer em Sergipe: inquérito populacional". Descreve os procedimentos padronizados que deverão ser seguidos e apresenta alternativas para lidar com diferentes situações. A leitura atenta e frequente desse documento irá ajudá-lo em vários aspectos, favorecendo a minimização de erros.

Sumário:

Item I: O papel do entrevistador em pesquisa	3
Item II: Conduta do supervisor e entrevistador	3
Item III: Recebimento e devolução de questionários.....	3
Item IV: Início do trabalho de campo.....	4
Item V: Seleção das puérperas a serem entrevistadas: lista única de puérperas elegíveis....	4
Item VI: Procedimento para a seleção de puérperas a serem entrevistadas, a partir da Lista Única de Puérperas	5
Item VII: Etapas da entrevista.	6
Item VIII: Orientações sobre itens gerais e específicos do questionário.....	11
Item IX: Procedimentos para fotografar o Cartão da Gestante.....	35
Item X: Procedimentos para salvar as entrevistas realizadas	36
Anexo 1: Termo de Consentimento para a puérpera	37
Anexo 2: Cartão da Gestante Rosa (Ministério da Saúde – Capa)	38
Anexo 3: Cartão da Gestante Rosa (Ministério da Saúde – Interior)	39
Anexo 4: Cartão da Gestante Verde e Amarelo (Ministério da Saúde – Capa).....	40
Anexo 5: Cartão da Gestante Verde e Amarelo (Ministério da Saúde – Interior)	41
Anexo 6: Cartão da Gestante Amarelo (Ministério da Saúde – Capa)	42
Anexo 7: Cartão da Gestante Amarelo (Ministério da Saúde – Interior)	43
Anexo 8: Lista Única de Puérperas	44
Anexo 9: Lista de Seleção Aleatória de Puérperas.....	45

ITEM I: O PAPEL DO ENTREVISTADOR EM PESQUISA

Você, entrevistador, tem um papel essencial para a pesquisa, porém, para que contribua de forma efetiva para o conhecimento científico é necessário que os dados coletados por você sejam válidos, ou seja, estes devem corresponder o mais fielmente possível à realidade.

O sucesso da pesquisa depende da qualidade do trabalho de cada *entrevistador*!

ITEM II: CONDUTA DO SUPERVISOR E ENTREVISTADOR

O uso de roupas discretas e adequadas é de grande importância: não devem ser usadas roupas com cores chamativas, muito justas ou curtas, para que você fique à vontade para a tarefa que irá realizar. É imprescindível o uso do uniforme fornecido pela pesquisa. Não masque chicletes ou fume durante a entrevista.

Sempre que estiver na unidade de saúde, utilize seu crachá e porte a carta de apresentação. Quando for levantada alguma dúvida quanto à sua relação com a pesquisa, apresente-os.

O material a ser usado na entrevista deve estar sempre contigo: mochila contendo netbook, adaptador de tomada, extensão, diário de campo, máquina fotográfica, instrumento impresso para coleta de dados (caso seja necessário o preenchimento manual), o instrutivo de campo, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, caneta, lápis (ou lapiseira), apontador e borracha. Ficarão na unidade de saúde somente a pasta com a lista de puérperas a serem entrevistadas. A *pen drive*, para salvar cópia dos questionários, deverá ser guardada junto ao entrevistador em local diferente do netbook.

As dúvidas que surjam no desenvolvimento da pesquisa devem ser levadas ao supervisor, o mais rápido possível.

ITEM III: RECEBIMENTO E DEVOLUÇÃO DE QUESTIONÁRIOS

Antes de iniciar a pesquisa, você receberá de seu supervisor um netbook contendo os questionários de forma digitalizada.

Em cada uma das unidades de saúde incluídas na amostra deverão ser aplicados por você os seguintes instrumentos:

- ✓ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- ✓ Questionário de entrevista com a puérpera.

Diariamente, você deverá copiar para pen drive o arquivo do EPIDATA, onde ficam armazenadas as entrevistas realizadas. Lembrando que todas as entrevistas são armazenadas no mesmo arquivo.

Os questionários preenchidos devem ser entregues para o supervisor, de modo que este prazo não exceda uma semana.

ITEM IV: INÍCIO DO TRABALHO DE CAMPO

No primeiro dia de trabalho de campo no estabelecimento de saúde selecionado, os entrevistadores deverão ser apresentados pelo supervisor ao profissional de referência e aos profissionais da unidade envolvidos diretamente com a pesquisa (enfermaria/quartos e arquivo médico);

O entrevistador junto com o supervisor, acompanhado ou não pelo profissional de referência, deve visitar as dependências do estabelecimento, identificar os locais de registro de todos os partos realizados na unidade de saúde e localizar as puérperas elegíveis para a aplicação do **Questionário Hospitalar - Puérpera** e para o resgate de informações do **Instrumento para Coleta de Dados do Prontuário**.

ITEM V: SELEÇÃO DAS PUÉRPERAS A SEREM ENTREVISTADAS - LISTA ÚNICA DE PUÉRPERAS ELEGÍVEIS

Diariamente, o entrevistador deve elaborar a **Lista Única de Puérperas (Anexo 8)**.

A **Lista** consiste no registro de cada puérpera, que realizou o parto no estabelecimento de saúde selecionado, ordenada pelo dia e horário do parto, com início às 3:00 h da manhã do dia anterior. As fontes de informações para a montagem da **Lista Única de Puérperas** serão: **Livro de Admissão da Maternidade, Livro de Parto e Livro do Centro Cirúrgico**. Em cada unidade, caberá ao supervisor identificar as fontes de informação que você deverá utilizar para elaborar a **Lista Única de Puérperas**.

Serão incluídas na **Lista** todas as puérperas cujos resultados dos partos tenham sido nascidos vivos ou nascidos mortos. Não considerar o aborto (**feto morto** com menos de 22 semanas de gestação ou com peso <500g). Todos os nascidos vivos serão considerados elegíveis, independente de sua idade gestacional e peso ao nascer (São considerados nascidos vivos aqueles que apresentam qualquer sinal de vida ao nascer, inclusive batimento de cordão umbilical. Em termos práticos, qualquer nascido com índice de Apgar diferente de zero, no primeiro, quinto ou décimo minuto, deverá ser considerado nascido vivo). Não deverão ser incluídas as puérperas cujo parto tenha ocorrido no domicílio, no transporte para a maternidade ou em outra unidade de saúde que não a selecionada. Também não serão elegíveis puérperas que não falem/compreendam português e que por deficiência mental ou outro motivo não consiga responder as questões dos questionários.

A **Lista Única de Puérperas** consta da data e hora do parto, número da mãe, ordem diária para o sorteio, o nome da puérpera, tipo de parto, o número do prontuário da puérpera, suas condições de saúde, a localização do quarto/enfermaria/leito, data da entrevista, nome do entrevistador, data da coleta de dados e nome do prontuarista.

A lista tem como objetivo conhecer o número de puérperas elegíveis para serem entrevistadas e assim garantir que a probabilidade da puérpera ser selecionada seja a mesma para o conjunto daquelas que pariram neste estabelecimento durante o período de trabalho de campo.

ITEM VI: PROCEDIMENTO PARA A SELEÇÃO DE PUÉRPERAS A SEREM ENTREVISTADAS, A PARTIR DA LISTA ÚNICA DE PUÉRPERAS

Respeitando o limite máximo de puérperas a serem entrevistadas por turno por entrevistador, as seguintes instruções abaixo deverão ser seguidas:

1. O entrevistador designado para a elaboração da **Lista Única de Puérperas** se dirigirá às fontes de informações dos partos ocorridos.
2. A **Lista Única de Puérperas** deverá ser preenchida, seguindo a ordem do horário do parto, independente de ter sido normal ou cesáreo. O primeiro parto ocorrido no dia anterior, a partir das 3:00 h, receberá o número de ordem 1, o segundo o número de ordem 2 e assim consecutivamente até o parto ocorrido às 2:59 h do dia da elaboração da lista, que receberá o último número de ordem do dia.

Após preencher os dados de cada puérpera elegível na **Lista Única de Puérperas**, o entrevistador avaliará em que caso o estabelecimento de saúde se encontra:

Quantidade de Entrevistadores	Turno	Quantidade de Entrevistas Previstas
1	Integral	6
2	Parcial	8 (4 entrevistas para cada entrevistador)
1	Integral	6
1	Parcial	4
Total		10
2	Integral	12 (6 entrevistas para cada entrevistador)

Caso 1 - Quando o número de puérperas elegíveis na **Lista Única de Puérperas** for igual ao número de entrevistas previstas no dia: **Todas as puérperas serão entrevistadas.**

É o caso do estabelecimento com um entrevistador em tempo integral, onde o número máximo esperado de entrevistas por dia é 6, portanto se o estabelecimento realiza 6 ou menos partos, todas as puérperas internadas no dia anterior serão entrevistadas. Já para um estabelecimento com 2 entrevistadores, sendo um entrevistador em turno integral e o outro turno parcial, o máximo esperado de entrevistas por dia é 10. Portanto, se o estabelecimento realizou 10 partos ou menos, todas as puérperas internadas serão entrevistadas.

Caso 2 - Quando o número de puérperas elegíveis na **Lista Única de Puérperas** for maior que o número de entrevistas previstas no dia: **Selecionar de forma aleatória as puérperas a serem entrevistadas.**

Protocolo de seleção aleatória de puérperas nos estabelecimentos:

Ao observar a **Lista de Seleção Aleatória de Puérperas (Anexo 12)** o entrevistador/supervisor notará um quadro com três colunas. A primeira coluna representa a quantidade total de partos (normais e cesáreos) que ocorreram no estabelecimento no prazo estabelecido; a segunda coluna informa a ordenação das mães que deverão ser entrevistadas e a terceira coluna informa a ordenação das mães que poderão ser entrevistadas, caso haja necessidade de substituição por recusa da puérpera ou outro impedimento.

Exemplo: Caso tenham sido identificadas 12 puérperas elegíveis e o máximo esperado de entrevistas por dia for 8, o Entrevistador/Supervisor deverá pegar a **Lista de Seleção Aleatória de puérperas – 8 entrevistadas** e observar a linha referente a “quantidade de partos diários” que corresponda a 12 partos. Na coluna “entrevistas” estão relacionados os números das entrevistas que deverão ocorrer de acordo com a **Lista Única da Puérpera**, ou seja, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9 e 10. Se a mãe 1 recusa-se a participar, observar na coluna “substituição” qual o primeiro número indicado, no caso será o 11. Se no decorrer do dia, houver necessidade de várias substituições, deverá ser respeitada a ordem estabelecida na coluna “substituição”, ou seja, 8, 12 e 7.

ATENÇÃO! A Lista Única de Puérperas deverá ser fotografada no final do dia e enviada diariamente aos supervisores via e-mail.

ITEM VII: ETAPAS DA ENTREVISTA

A realização da entrevista deve ser no horário que melhor se adapte à rotina da enfermaria. Para tanto, atente para os horários de visita, de exames, de higiene pessoal das pacientes, horário de refeições, etc.

Como cada estabelecimento de saúde possui rotina de trabalho específica (por exemplo, em alguns a puérpera internada por motivo de parto normal permanece por 48h, já em outros apenas 24h), é importante estar atento ao horário de agendamento da entrevista para que não haja perdas de puérperas por alta.

A quantidade de horas após o parto, para a puérpera receber a visita do entrevistador depende da condição clínica da mesma:

- a. Para **parto normal** e **cesárea** recomenda-se no mínimo 6 horas após o nascimento;

Ex.1: Se o parto da puérpera selecionada ocorreu às 4:00 h do mesmo dia, ela só poderá ser entrevistada a partir das 10:00 h.

Ex.2: Se o parto da puérpera selecionada ocorreu às 7:00 h do dia anterior, o entrevistador já poderá entrevistar a puérpera pela manhã, independente do tipo de parto, pois ocorreu há mais de 24 h.

- b. Cabe ao entrevistador se informar sobre o quadro clínico da puérpera, bem como sobre a situação do bebê (vivo, natimorto, óbito neonatal, internado em UTI, etc.), antes de iniciar a entrevista. Essa

informação deverá ser obtida com algum profissional de saúde responsável pelo setor onde a puérpera está internada (ex: enfermagem). Para aquela puérpera com estado de saúde debilitado, aguardar um momento mais adequado para a realização da entrevista, antes da alta hospitalar.

- c. As entrevistas que não puderem ser realizadas serão transferidas para o dia seguinte;

Apresentação do entrevistador:

Quando for abordar a entrevistada, diga seu nome e apresente-se como auxiliar de pesquisa desenvolvida pela Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde. Pergunte o nome da puérpera e anote no termo de consentimento à caneta, com letra legível.

Apresentação dos objetivos da pesquisa e de sua importância:

- a. Explique que se trata de uma pesquisa denominada "Nascer em Sergipe: inquérito populacional", que tem como objetivo melhorar o atendimento prestado nos serviços de saúde. Assinale que a colaboração da *entrevistada* é de grande importância para esta pesquisa, explicando que o que deseja dela é que aceite ser entrevistada e responda ao questionário. Assegure-a de que ela pode se recusar a continuar a entrevista a qualquer momento e que isto não terá qualquer influência sobre o atendimento que recebe na instituição.
- b. Antes de iniciar a entrevista, apresente o “**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**” (**Anexo 1**), que é uma exigência do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos. Entregue-o para puérpera ler no exato momento. Faça a leitura do Termo de forma clara e pausada. Deve ser esclarecido que tudo o que a puérpera informar será mantido em segredo, procurando deixar a *entrevistada* segura quanto à utilização e divulgação das respostas fornecidas. Ao final da apresentação entregue o termo devidamente assinado.
- c. Confirme a aceitação ou a recusa da entrevistada e inicie o preenchimento dessa decisão no questionário digitalizado, ou no questionário impresso caso haja alguma eventualidade.
- d. Caso a *entrevistada* pergunte sobre o que foi relatado nas entrevistas anteriores, afirme a ela, que, da mesma forma que as informações dela serão mantidas em segredo, as demais pessoas também têm esse direito garantido e, desta forma, você (entrevistador) não pode fornecer tais informações. Essa atitude irá deixá-la mais segura e relaxada.
- e. Se a puérpera perguntar “por que” ela está sendo abordada e não outra mulher, explique que ela foi escolhida por sorteio, para que compreenda que não foi uma escolha por algum fator pessoal.

- f. O *entrevistador* deve colocar-se à disposição para quaisquer esclarecimentos que estejam ao seu alcance e mostrar para a *entrevistada* que, com a cópia do termo de consentimento recebida, esta poderá entrar em contato com a coordenação do projeto. Não mostre impaciência e nem minimize este procedimento. Trate-o como parte da rotina da pesquisa.
- g. Sinta-se à vontade para dizer: “*não sei*”, diante de uma dúvida que lhe for colocada. A entrevista é uma **relação de confiança** entre duas pessoas, e quem entrevista deve ser honesto e envolvido com o que faz.

Procedimentos no caso de recusa em participar da pesquisa:

No caso de a puérpera se recusar em participar da entrevista, escute com atenção e tente esclarecer os objetivos e a importância da pesquisa. Caso a mesma, ainda assim, não queira participar, procure saber os motivos e solicite autorização para o preenchimento do quadro “**Informações adicionais no caso de recusa da puérpera em participar da pesquisa**”, localizado no questionário digitalizado.

Após isso, registrar “Recusa” na coluna Observações da **Lista Única de Puérperas** e proceder a substituição, conforme explicado no exemplo do **Protocolo de seleção aleatória de puérperas nos estabelecimentos**.

Procedimentos a serem seguidos para que a entrevista prossiga satisfatoriamente:

- a. Como a entrevista geralmente é realizada na enfermaria, várias razões dificultam a privacidade, como a presença de familiares, de outras puérperas internadas e por vezes a mulher está acamada. Sugira frases como: “Creio que você preferiria responder algumas perguntas a sós”. Nos casos em que a entrevista tem que ser conduzida na presença de outras pessoas tente, se possível, conseguir algum grau de privacidade. Deve ser lembrado que privacidade em si não é a chave; importante é assegurar uma atmosfera propícia a um diálogo relaxado e aberto com a *entrevistada* mesmo se ela manifestar o desejo de compartilhar com outros a sua entrevista.
- b. Providencie assento conveniente. Se possível, sente-se em frente à *entrevistada* e não ao seu lado, para evitar que a atenção da entrevistada fique voltada para tentar ler o questionário.
- c. **É muito importante que você memorize o nome da *entrevistada*** para que, em todas as questões, possa referir-se à puérpera pelo seu nome. É desagradável não recordar seu nome e perguntá-lo novamente a cada questão feita. Referir-se à *entrevistada* pelo seu nome propicia maior vínculo e confiança entre o *entrevistador* e a *entrevistada*.

- d. Você deve saber o que está perguntando e qual o sentido da questão que está fazendo. Tenha o cuidado de não passar a idéia de que há uma resposta “certa” ou “errada”, o que leva a *entrevistada* a ser induzida.
- e. Para que a *entrevistada* se sinta à vontade para falar é necessário que você não demonstre qualquer julgamento de valor com relação à sua fala ou comportamentos.

É importante que o *entrevistador* entenda que o “distanciamento” necessário para a entrevista não é entre ele e a *entrevistada*, mas sim entre ele e seus próprios valores e idéias.

- f. Caso a *entrevistada* precise parar a entrevista para amamentar, receber visita, acompanhar algum procedimento do bebê ou por algum outro motivo, aguarde para continuar a entrevista e não se mostre aborrecido.
- g. Ouça com atenção o que a *entrevistada* falar, para que ela não necessite repetir várias vezes a mesma coisa! Caso ela se desvie do assunto ou comece a dar exemplos sobre algo que você perguntou, assim que houver uma oportunidade, interrompa educadamente e procure voltar ao questionário.
- h. Deixe que a *entrevistada* conte os fatos à sua maneira, pois uma interrupção brusca pode prejudicar a recordação dos fatos. À medida que houver uma pausa adequada, pergunte as informações que faltam para completar o questionário.
- i. Ao ouvir a resposta você deve ter a capacidade de, rapidamente, avaliar a adequação da resposta à pergunta formulada, examinando sua lógica interna, **não se é verdade ou mentira, bem ou mal, certo ou errado**. Ao notar alguma imprecisão, deve apelar para frases tipo “*não entendi bem tal coisa*” ou, “*poderia me explicar melhor isso*”, etc. Tente não colocar a *entrevistada* em xeque.
- j. É necessário que você conheça bem o instrumento e instrutivo da pesquisa. Isso permite que você mantenha o foco e saiba redirecionar a conversa, além de deixá-lo apto a esclarecer quaisquer dúvidas que a *entrevistada* tenha sobre a pesquisa, desde o seu objetivo até a sua possível utilização.
- k. Poderá haver *entrevistadas* com menor ou maior grau de dificuldade de compreensão e expressão. Contudo, com boa vontade, paciência e educação será possível conseguir as informações necessárias. Nos casos de dificuldade de compreensão, repita a questão de forma mais pausada exatamente como está no questionário, sem acrescentar informações ou interpretações adicionais.

l. O objetivo do instrutivo de pesquisa e do treinamento é que os *entrevistadores* realizem as perguntas e preencham o questionário de forma padronizada.

Preenchimento do questionário:

a. Não deixe de assinalar nenhuma questão! Se isto ocorrer, automaticamente o sistema digital irá acusar a falta de preenchimento de determinadas questões e isso impedirá o avanço da entrevista. No caso da utilização do questionário impresso, a falta de preenchimento de alguma questão poderá gerar dúvidas se tal questão foi ou não perguntada.

b. No caso da utilização do questionário impresso, preencher com dígitos **8 (8 ou 88 ou 888...)** para as perguntas que “**não se aplicam**” e **9 (-9 ou 99 ou 999 ...)** para as **respostas não informadas**.

c. É importante **registrar as respostas no questionário sem omitir, nem acrescentar dados e não influenciar nas respostas**. Escreva a forma exata como a *entrevistada* respondeu.

d. Valorize tudo que a entrevistada disser que tenha relação com a pesquisa. Ao final do questionário haverá um campo para registro das observações.

e. Se por alguma eventualidade o questionário aplicado ocorrer no modelo impresso, faça uma revisão inicial e veja se todas as questões foram respondidas, o que deve ser feito ainda ao lado da própria *entrevistada* ou antes de deixar o local da entrevista. Uma revisão mais refinada deve ser feita tão logo quanto possível após a entrevista. Antes de passar para a próxima entrevista, reveja todo o questionário para observar se alguma questão foi preenchida de forma incorreta ou incompleta. A primeira crítica aos dados quem faz é o próprio *entrevistador*.

Etapa Final: Ao final da entrevista, coloque-se, mais uma vez, à disposição da *entrevistada* e agradeça a sua colaboração.

ITEM VIII: ORIENTAÇÕES SOBRE ITENS GERAIS E ESPECÍFICOS DO QUESTIONÁRIO

ATENÇÃO! No questionário digital, as orientações de “pulo” já estão programadas de forma automática. Assim, as orientações que se referem aos códigos numéricos são para preenchimento do questionário na forma impressa e devem ser dominadas pelo entrevistador caso ocorra alguma situação onde haja necessidade de uso deste instrumento.

Toda frase ou palavra que estiver em CAPS LOCK no questionário é uma orientação para o entrevistador, não deve ser lido para a *entrevistada*.

Todo trecho escrito em CAPS LOCK antes do início de cada bloco deve ser lido para a *entrevistada*, pois introduzirá o assunto a ser abordado.

As alternativas das questões só devem ser lidas para a entrevistada se houver a indicação na questão (**ler as alternativas**).

Os **Termos de Consentimento** devem ser preenchidos à caneta e entregues à *entrevistada*.

- **PREENCHIMENTO DA PÁGINA 2 DO QUESTIONÁRIO IMPRESSO:**

Anote **todas** as informações solicitadas, fundamentais para a posterior digitação do questionário no netbook.

I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

4. Número do prontuário da mãe

Os números dos prontuários das puérperas elegíveis devem ser copiados no momento de seleção da amostra, quando os entrevistadores têm acesso aos prontuários. Caso isso não seja possível, devido ao fato da unidade apresentar um fluxo diferente, assim que o entrevistador acabar de fazer a seleção de amostra, deve se dirigir ao profissional “referência” e perguntar qual a melhor forma de conseguir esse dado. Caso haja alguma dúvida, consulte o supervisor.

Quando **não houver registro** do prontuário preencher com |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| “**não informado**”.

ATENÇÃO! A informação do número de prontuário é de grande importância não só para identificar a mãe em outras bases de dados como também para permitir o preenchimento do instrumento de coleta de dados do prontuário.

5. Tipo de gestação

Gestação única é aquela em que houve apenas 1 (um) feto e gemelar é aquela em que registrou-se a presença de 2 ou mais fetos. Caso a entrevistada tenha tido uma gestação com **mais de 4 fetos**, faça as observações necessárias no diário de campo.

6, 8, 10 e 12

Considerar **recém-nascido vivo**, o produto de um nascimento no qual existe evidência de vida ao nascer (batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical ou movimentos efetivos da musculatura voluntária), independentemente do peso ao nascer.

Natimorto é o produto do nascimento de um feto morto, ou seja, aquele que nasce com idade gestacional maior ou igual a 22 semanas ou pesando mais de 500g e que não tem evidência de vida depois de nascer.

Neomorto/óbito neonatal é o termo usado para designar a criança que nasceu viva e evoluiu para óbito dentro do período neonatal, ou seja, nas quatro primeiras semanas, isto é, entre 0 e 28 dias incompletos após o nascimento.

7, 9, 11 e 13.

Escreva o nome de todos os bebês. Caso a(s) criança(s) ainda não tenha(m) recebido nome, escreva **bebê**. Se natimorto não precisa preencher essas questões.

II. IDENTIFICAÇÃO DA MÃE

14. Qual é o seu nome completo (mãe)?

Escreva o nome completo da entrevistada sem abreviações para que, posteriormente, essa mulher possa ser localizada em bases de dados secundários. Como o nome da mãe já foi perguntado no momento em que foi apresentado o Termo de Consentimento, o entrevistador não precisa perguntar novamente. Basta copiar o nome do Termo de Consentimento. **Certifique-se de que o nome escrito no termo está igual ao escrito no questionário.**

ATENÇÃO! Nunca comece a entrevista sem escrever o nome completo da entrevistada!

16. Qual é a data do seu nascimento?

Caso a mãe não saiba informar, **mas possua RG, o documento pode ser consultado.**

18. A sua cor da pele é...

Leia para a entrevistada as opções de cor de pele e registre aquela que for informada. Se a entrevistada resistir em escolher alguma das alternativas, pergunte qual a que mais se aproxima da resposta que ela daria.

19. **Entrevistador:** Sob o seu ponto de vista qual a cor da pele, raça ou etnia da puérpera?

Nesta questão, o que deverá ser considerado é a **SUA (entrevistador)** opinião sobre a cor da pele, raça ou etnia da puérpera. Não faça essa pergunta para a entrevistada, apenas preencha a questão de acordo com a sua observação!

20 e 21. Qual o seu endereço (Rua, bairro, município)/ Ponto de referência.

Solicita-se a identificação correta e mais completa possível do endereço de residência da entrevistada. Esta informação será utilizada para que você (*entrevistador*) encontre o domicílio onde será realizada uma visita, posteriormente, caso seja necessário.

Escreva o endereço da mãe, não esquecendo de anotar se a mesma reside em rua, avenida, estrada e se existe algum complemento no endereço, tais como bloco, quadra, lote ou anexo.

Além disso, registre pontos de referência situados próximo ao endereço da entrevistada, a fim de facilitar a localização do mesmo. Caso não tenha nenhum ponto de referência, pode-se deixar esse campo em branco.

22. Telefones para contato (com DDD)

Neste campo podem ser escritos tanto telefones convencionais quanto celulares. Caso a *entrevistada* responda não ter telefone, pergunte se tem algum telefone de vizinhos ou parentes pelo qual ela possa ser localizada. Procure sempre registrar algum telefone fixo.

Sempre escreva ao lado do telefone de quem é o número anotado, quando o mesmo não for da própria entrevistada, colocando o nome da pessoa e o grau de parentesco ou afinidade com a entrevistada. Esta informação é de grande importância, para que seja possível entrar em contato com a mãe para realização da entrevista de segmento, 45 dias após o parto.

Se a entrevistada afirmar **não ter telefone**, preencher com |_0_|_0_|_0_|_0_|_0_|_0_|_0_|_0_|_0_| e se afirmar que tem outro número, mas não lembra o número ou não quer dizer marcar |_9_|_9_|_9_|_9_|_9_|_9_|_9_|_9_| (não informado).

No questionário digital, foram previstos **9 dígitos** para o número de telefone, além do DDD. Caso o telefone informado tenha 8 ou 7 dígitos faça o preenchimento **começando** o número por **0** ou **00**,

respectivamente. Ex 8 dígitos: |_0_|_9_|_9_|_7_|_6_|_8_|_8_|_5_|_2_|. Não é necessário digitar espaço entre o DDD e o número do telefone.

26 e 28. Nome do familiar ou companheiro/ outro parente ou vizinho

Anotar o nome da pessoa e especificar o grau de parentesco ou sua relação com a entrevistada.

Ex: João - marido; Maria - vizinha; Josefa - prima.

III. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Para todas as questões presentes no bloco III, certifique-se de que a entrevistada está respondendo sobre **as gestações anteriores à gravidez da criança foco da entrevista**.

Ao ouvir as respostas obtidas neste bloco, avalie a adequação das mesmas examinando sua lógica interna. Este raciocínio, que envolve atenção e domínio do questionário e do instrutivo e capacidade de julgamento do *entrevistador*, tem que ocorrer num tempo muito curto, praticamente ao mesmo tempo em que a *entrevistada* responde. Ao notar alguma imprecisão, apele para frases tipo “*não entendi bem tal coisa*” ou, “*poderia me explicar melhor isso*”, etc. Lembre-se que o *entrevistador* deve tentar, sempre, não colocar a entrevistada em xeque!

NESTE BLOCO SEMPRE QUE A ENTREVISTADA RESPONDER QUE NÃO SABE INFORMAR, MARCAR “-9” COMO RESPOSTA DA QUESTÃO.

30. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê), quantas vezes você ficou grávida, contando com algum aborto ou perda que você tenha tido?

Caso a gestação da criança foco da entrevista tenha sido a primeira, preencher |_0_|_0_| na questão 30 e |_8_|_8_| “**não se aplica**” nas questões 31 até 54. Prosseguir a entrevista a partir da questão 55.

Caso a entrevistada fale que “**não sabe/ não lembra**”, registre |_-9_| “**sem informação**”.

31. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê), você teve algum aborto ou perda com menos de 5 meses de gravidez?

Se a *entrevistada* informar que sim, preencha com |_1_|. Caso responda não, preencher |_00_| na questão 31 e |_8_|_8_| “**não se aplica**” nas questões 32 e 33. Prosseguir a partir da questão 34.

ATENÇÃO! Aborto é definido como a perda gestacional antes de 22 semanas de gravidez ou peso fetal menor que 500 g na ocasião da perda em fetos com ausência de sinais vitais após a expulsão do corpo materno.

32. Quantos?

Registrar o número de abortos ou perdas informado.

34. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê), quantos partos você já teve?

Caso a entrevistada já tenha respondido que a gravidez da criança foco da entrevista não foi a primeira, porém, todas as outras gestações tenham resultado em aborto, marque |_0_|_0_| na questão 34. Para todos os casos em que o parto da criança foco da entrevista tenha sido o primeiro, preencher “**não se aplica**” |_8_|_8_| nas questões 35 até 54. Prosseguir a entrevista a partir da questão 55.

ATENÇÃO! Se a puérpera afirmar, primeiramente, que teve 1 gestação e 1 aborto antes da gravidez da criança foco da entrevista e na questão 34 disser que teve um parto, confirme se o parto ocorreu antes da gravidez da criança foco da entrevista. Se a resposta for positiva, mostrando que a entrevistada está considerando o aborto um parto, pergunte com quantas semanas ou meses de gestação ocorreu esse parto e qual o peso do bebê nesta ocasião.

Se o feto tiver sido expulso do corpo materno, sem sinais vitais, antes de 22 semanas de gravidez ou peso fetal menor que 500 g ocorreu **aborto** e não parto e caso bebê tenha nascido sem sinais vitais com idade gestacional maior ou igual a 22 semanas ou pesando mais de 500g ocorreu um **parto de um nascido morto (natimorto)**.

36. E quantos desses partos foram cesarianas?

Caso a entrevistada tenha respondido na questão 34 e na questão 35 |_0_|_1_|, a resposta da questão 36 será |_0_|_0_|. Neste caso, o entrevistador deverá pular para a questão 40.

37. Qual foi a data do seu último parto cesariana, antes do nascimento do(a) (nome do bebê)?

Escreva o dia, mês e ano com dois dígitos. Caso a mãe só saiba informar o mês e ano, o entrevistador deverá preencher |_9_|_9_| “**não informado**” na casela correspondente a dia e as demais caselas com o que foi relatado pela mãe. Se ela não souber informar nenhum dado, preencher os campos com |_0_|_9_|/|_0_|_9_|/|_9_|_9_|_|_9_|_9_|.

38. Qual foi o motivo dessa última cesariana que você teve antes do nascimento do (nome do bebê)?

ATENÇÃO! Não leia as opções de resposta. Escute atentamente a resposta da mãe e classifique posteriormente dentre as opções. Neste caso é possível que haja mais de uma opção de resposta.

Se a resposta da mãe não estiver categorizada dentro das opções disponíveis, marque |_Q38u_| “**Outra razão não citada**” e escreva a resposta da mãe na questão 39.

40. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê), quantos filhos nasceram vivos, incluindo aqueles que faleceram logo após o nascimento?

Considerar **nascido vivo**, o produto de um nascimento no qual existe evidência de vida ao nascer (batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical ou movimentos efetivos da musculatura voluntária), ainda que, posteriormente, a criança venha a falecer.

Se a entrevistada responder que não teve nenhum filho nascido vivo, preencher |_0_|_|0_| nesta questão e |_8_|_|8_| “**não se aplica**” nas questões 41 e 42. Prosseguir a entrevista a partir da questão 43.

43. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê), algum filho nasceu morto com mais de 5 meses de gestação ou pesando mais de meio quilo?

Considerar **nascido morto/natimorto** o produto do nascimento de um feto morto, com idade gestacional maior ou igual a 22 semanas ou pesando mais de 500g e que não tem evidência de vida depois de nascer (ausência de batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária).

ATENÇÃO! De um modo geral, o número de gestações anteriores corresponde à soma do número de abortos e partos. Da mesma forma, o número de partos corresponde à soma dos partos normais e cesáreos e o número total de nascidos (vivos e mortos) corresponde ao número de partos. A única situação em que esses números não coincidem é no caso de gestações gemelares, pois uma gestação pode resultar em mais de um parto (ex: um parto normal e uma cesariana, dois partos normais) e um parto pode resultar em mais de um nascido (ex: cesariana com dois ou mais gemelares). Dessa forma, sempre que houver diferença nessas somas, pergunte se alguma das gestações anteriores foi gemelar. Caso não, confira as informações fornecidas para identificar onde está o erro. Nos casos em que você não se sinta seguro em relação à história obstétrica relatada, anote todas as informações fornecidas pela puérpera em seu diário de campo e posteriormente discuta com o seu supervisor para se certificar de que o preenchimento foi correto.

49. Nas outras vezes em que ficou grávida você teve:

Registrar Não |_0_| ou Sim |_1_|, para cada opção de acordo com a resposta da entrevistada.

ATENÇÃO! Sempre que a entrevistada responder que não sabe se teve algum problema de saúde, deve ser registrado |_9_| “**não sabe/não informado**”.

55. Você já fez alguma cirurgia no útero (por exemplo, para retirar mioma, micro cesárea para interromper gravidez, para corrigir infertilidade, para tratar perfuração pós-aborto, ou por outra causa?)

ATENÇÃO! Não considerar cesariana anterior como cirurgia uterina! Se entrevistada responder que fez cirurgia de ligadura de trompas não considerar como cirurgia uterina e registrar Não |_0_|.

IV. PRÉ-NATAL

59. Em que mês de gestação você estava?

Considerar meses completos. Ex: Caso a mãe responda 4 meses e meio, considerar |_4_| meses.

60. Qual a data da sua última menstruação (antes do parto)?

Escreva o dia, mês e ano com quatro dígitos. Caso a mãe só saiba informar o dia ou o mês ou o ano, o entrevistador deverá preencher |_9_|_9_| ou |_9_|_9_|_9_|_9_| “**não informado**” nos campos que ela não sabe.

61. Você tem certeza dessa data?

Esta questão só deverá ser preenchida para as mulheres que souberem informar dia, mês e ano da DUM. **Caso a entrevistada responda na O60 que não sabe informar nem dia, mês ou ano da DUM deve-se marcar nessa questão (O61) a opção 88 “Não se aplica”**

63. Por que você não fez o pré-natal?

Após fazer a pergunta, ouça a resposta da entrevistada e classifique segundo as alternativas. **Não leia as alternativas** para a entrevistada. Caso a resposta da entrevistada não esteja entre as alternativas disponíveis, marque SIM para Q63o “**Outro motivo**” e escreva-o na questão 64. Ao final dessa questão vá para a questão 84.

ATENÇÃO! Neste caso a mulher pode dar uma ou mais justificativas, registre todas as opções relatadas.

64. Que outro motivo?

Após o preenchimento dessa questão, haverá um pulo para Q85.

65. Com quantas semanas ou meses de gravidez você começou o pré-natal?

Priorizar a resposta em semanas de gestação. Ou seja, se a entrevistada souber informar semanas, não registrar meses. **Já se a entrevistada não souber informar em semanas, marque | 9 | 9 | na questão 66 e registre os meses na questão 67.**

Se a entrevistada tiver iniciado o pré-natal **até 4 meses de gestação ou 16 semanas inclusive**, preencher |_8_| **“não se aplica”** na questão 68. Prosseguir a entrevista a partir da questão 70.

Caso a entrevistada responda com números quebrados, considerar apenas os meses ou semanas **completos**. Ex: Se ela disser que começou com 1 mês e meio, considerar 1 mês.

68. Por que não começou o pré-natal mais cedo?

Após fazer a pergunta, ouça a resposta da entrevistada e classifique segundo as alternativas. **Não leia as alternativas** para a entrevistada. Caso a resposta da entrevistada não esteja entre as alternativas disponíveis, marque SIM para Q68g **“Outro”** e escreva o motivo na questão 69.

ATENÇÃO! Neste caso a mulher pode dar uma ou mais justificativas, registre as opções relatadas.

70. Quantas consultas de pré-natal com médico, enfermeira ou parteira você fez durante a gravidez do(a) (nome do bebê)?

Se a mulher disser que não sabe, fale pra ela te dizer, **mais ou menos**, quantas consultas foram.

Registrar o número total de consultas, independente das mesmas terem sido feitas em consultório particular ou na rede pública.

Caso a entrevistada pergunte se deve incluir o número de consultas com nutricionista, médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo e dentista, diga que não, porém, caso esta não pergunte, registre apenas o número de consultas que for relatado, sem tecer nenhum outro comentário sobre o assunto.

72. Onde foi realizada a maioria das consultas do pré-natal da gravidez do(a) (nome do bebê)?

ATENÇÃO! Registrar apenas **uma** opção, ou seja, classifique a unidade de saúde onde foi realizada **a maioria** das consultas. Só registre a opção **3 (Nos dois)**, se o número de consultas **for igual** nos dois serviços.

73. Em que tipo serviço foram feitas essas consultas?

Caso na questão 72 ela responda a opção 3 (Nos dois), perguntar em que tipo de serviços **PÚBLICOS** foram realizadas as consultas.

77. Quantas ultrassonografias (USG) você realizou durante a gravidez?

Caso a entrevistada não saiba informar/não lembre a quantidade, preencher com |_9_|_9_| “**não informado**”.

83. Pelo o que você entendeu no pré-natal, você diria que, para uma gestação sem complicações:

ATENÇÃO! Leia as opções para a entrevistada. Certifique à entrevistada que essa resposta deve ser dada com base no entendimento que **ela** teve durante o pré-natal.

84. Durante a gravidez do(a) (nome do bebê), algum profissional de saúde disse que você tinha algum dos seguintes problemas:

Registrar Não |_0_| ou Sim |_1_|, para cada alternativa, de acordo com a resposta da entrevistada.

ATENÇÃO! Sempre que a entrevistada responder que não sabe se teve algum desses problemas de saúde, deve ser registrado |_0_| “**não**”.

107. Você foi considerada gestante de risco?

Caso a entrevistada responda que não sabe, registre |_0_| “**não**”, pois se ela fosse gestante de risco, ela teria sido informada pelo médico.

V. DECISÃO SOBRE O TIPO DE PARTO

118. O que você acha que pôde ter influenciado a sua preferência no começo da gravidez, em relação ao tipo de parto?

ATENÇÃO! Não leia as alternativas para a entrevistada.

Após fazer a pergunta, ouça a resposta da entrevistada e classifique segundo as alternativas.

Se a resposta dada não estiver dentre as opções, marque SIM para Q118u “**Outros**” e escreva o motivo na questão 119.

121. De quem foi esta decisão?

A opção **3** (Conjunta) se refere à decisão tomada pela puérpera (entrevistada) em conjunto com o médico. Não deve ser marcada caso a entrevistada tenha decidido em conjunto com alguma outra pessoa, como seu companheiro, parente, amiga, etc.

122. Quem?

Anotar o nome da pessoa e especificar o grau de parentesco ou sua relação com a entrevistada.

VI. ADMISSÃO NA MATERNIDADE

A admissão compreende o período em que a gestante chega à unidade de saúde e recebe os primeiros procedimentos para internação como gestante ou parturiente.

123. O que fez você achar que estava na hora de procurar atendimento para o parto do(a) (nome do bebê)?

ATENÇÃO! Não leia as alternativas para a entrevistada.

Após fazer a pergunta, ouça a resposta da entrevistada e classifique segundo as alternativas.

Caso a mulher informe que foi à consulta ou telefonou para o médico e ele a mandou vir para a maternidade, perguntar qual foi a razão e assinalar a resposta informada.

Se a resposta informada não estiver dentre as opções, marque SIM para questão Q123m “**Outra**” e escreva o motivo na questão 124.

129. Como você veio para esta maternidade? (ler as alternativas)

Leia as alternativas para a entrevistada. Caso a resposta informada não estiver dentre as opções, marque |_6_| “**Outros**” e escreva como chegou ao hospital na questão 130. Se a entrevistada tiver utilizado 2 conduções ou mais, preencha com a condução que ela levou mais tempo.

131. Quanto tempo se passou desde que você saiu de casa até chegar neste hospital/maternidade/casa de parto onde fez o parto?

Considerar o tempo total entre a saída de casa até a chegada na unidade de saúde. Se menos de 1 hora, registrar apenas os minutos. Se mais de 1 hora e não lembrar minutos, anotar apenas horas.

Se a mulher relatar que foi internada como gestante ou que já estava na unidade de saúde, preencher com |_0_|_0_|.

132. Depois que chegou nesse hospital/maternidade/casa de parto, quanto tempo demorou para ser atendida?

Considerar o tempo desde a chegada na unidade de saúde até o momento em que algum profissional de saúde atendeu a mulher.

Se menos de 1 hora, registrar apenas os minutos. Se mais de 1 hora e não lembrar minutos, anotar apenas horas. Caso a entrevistada relate que foi atendida **IMEDIATAMENTE** marque 1 minuto, ou seja, |_0_|_0_| horas e |_0_|_1_| minutos. Se a mulher relatar que foi internada como gestante ou que já estava na unidade de saúde, preencher com |_0_|_0_|.

134. Quantos centímetros de dilatação você tinha na hora da internação?

São considerados **valores válidos de dilatação de 0 a 10**, sendo possíveis números decimais. Por ex.: 2 ou 2,5cm. Caso a entrevistada não saiba responder em centímetros, perguntar quantos “dedos” ela tinha de dilatação e fazer a associação considerando 1 dedo = 1 centímetro.

Caso a entrevistada não saiba informar a dilatação, registre |_9_|_9_|, se relatar que não teve dilatação registre |_0_| e se relatar que teve dilatação total ou que chegou em período expulsivo ou com o bebê já nascendo registre |_1_|_0_|.

VII. TRABALHO DE PARTO NO HOSPITAL

Nota: ‘Trabalho de parto no hospital’ refere-se ao período de trabalho de parto desde que a gestante se internou até o momento do parto.

136. Você entrou em trabalho de parto?

Registrar |_0_| caso não tenha entrado em trabalho de parto; |_1_|, caso tenha entrado em trabalho de parto (início espontâneo ou induzido); e |_2_| caso não tenha entrado em trabalho de parto apesar dele ter sido induzido. Nesta última situação, mesmo sabendo que ela não entrou em trabalho de parto, serão perguntadas as questões 137 a 150, para verificar a assistência recebida durante o período de indução.

Se a entrevistada responder Não, marcar |_0_| na questão, |_8_| “**não se aplica**” nas questões 137 a 150 e prosseguir a entrevista a partir da questão 151. No questionário digital, esse pulo é automático.

Caso ela responda |_1_| ou |_2_|, leia o texto que está na introdução do bloco. Nele se esclarece que as perguntas que serão feitas referem-se ao período de trabalho de parto ou indução no hospital, ou seja, do momento da internação até o parto.

Caso ela tenha entrado em trabalho de parto em casa ou a caminho do hospital, deve-se considerar apenas o que foi feito **no hospital**.

Ou seja, se a puérpera responder que entrou em trabalho de parto ou que não entrou, mas que o mesmo foi induzido (|_1_| ou |_2_|) o entrevistador deverá ler a introdução acima desta pergunta e seguir a ordem das perguntas. Mas caso ela responda que “Não entrou em trabalho de parto” (|_0_|) o entrevistador não deve ler a introdução e prosseguir a partir da questão 151.

Atenção! Será considerada a resposta fornecida pela mulher, ou seja, a percepção dela de ter ou não entrado em trabalho de parto. O entrevistador **NÃO deverá explicar o que é trabalho de parto**.

140. Quando você estava no trabalho de parto, foi colocado soro na veia?

Registrar Não |_|_| ou Sim |_|_|, de acordo com a resposta da entrevistada. Se a mulher relatar que Não |_|_|, preencher as questões 141 e 142 com |_|_| “**não se aplica**”. Prosseguir a entrevista a partir da questão 143.

ATENÇÃO! Se a entrevistada responder que não sabe, deve ser registrado |_|_| “**não sabe/não informado**” e preencher as questões 141 e 142 com |_|_| “**não se aplica**”. Prosseguir a entrevista a partir da questão 143.

141. Foi posto no soro um medicamento para aumentar as contrações (ocitocina)?

Ocitocina é um hormônio que tem a função de promover as contrações musculares uterinas durante o parto. Registrar Não |_|_| ou Sim |_|_|, de acordo com a resposta da entrevistada. Se a mulher relatar que Não |_|_|, preencher a questão 142 com |_|_| “**não se aplica**”. Prosseguir a entrevista a partir da questão 143.

ATENÇÃO! Se a entrevistada responder que não sabe, deve ser registrado |_|_| “**não sabe/não informado**” e preencher a questão 142 com |_|_| “**não se aplica**”. Prosseguir a entrevista a partir da questão 143.

143. Quando você estava em trabalho de parto, foi colocado algum remédio em sua vagina para induzir/acelerar o parto?

Registrar Não |_|_| ou Sim |_|_|, de acordo com a resposta da entrevistada. Se a mulher relatar que Não |_|_|, preencher a questão 144 com |_|_| “**não se aplica**”. Prosseguir a entrevista a partir da questão 145.

ATENÇÃO! Se a entrevistada responder que não sabe, deve ser registrado “**não sabe/não informado**” |_|_| e preencher a questão 144 com |_|_| “**não se aplica**”. Prosseguir a entrevista a partir da questão 145.

145. Romperam a bolsa depois que você chegou aqui no hospital?

Internação inclui também o período de admissão no hospital. Se a entrevistada tiver realizado parto cesáreo, marcar a opção |_|_| “**sim**”.

146. Qual era a cor do líquido?

Caso a entrevista apresente dúvidas na resposta ou não saiba informar, deve-se registrar “**não sabe/não informado**” |_|_|.

150. Depois que você chegou nesta maternidade, fizeram um exame chamado de Cardiotocografia?

Cardiotocografia é um exame para verificar a regularidade e a intensidade das contrações e a forma como o ritmo cardíaco do bebê reage a cada contração. Explicar para a mãe, que é um exame feito através de duas fitas que ficam em volta da barriga para ver a contração e o batimento do coração do bebê.

Se a entrevistada responder que sim, pergunte-a em que momento ela realizou esse exame e registre de acordo com as opções.

151. Você teve acompanhante durante a sua internação?

Registrar Não |_0_| ou Sim |_1_|, de acordo com a resposta da entrevistada. Caso a resposta seja Sim |_1_|, preencher a questão 152 e 153 com |_8_| “**não se aplica**”. Prosseguir a entrevista a partir da questão 154.

152. Se não, por quê?

Após fazer a pergunta, ouça a resposta da entrevistada e classifique a mesma entre as alternativas disponíveis. Após preencher a casela, prossiga a entrevista a partir da questão 164 no Bloco VIII.

ATENÇÃO! A opção 3 refere-se à adolescente e menor de idade.

156. Todo o tempo do trabalho de parto (antes de nascer) no hospital?

Se a entrevistada tiver respondido “**Não**” na questão 136, a questão 156 no questionário on-line será preenchido automaticamente com a opção 2 “**Não entrei em trabalho de parto**”.

160. Quem foi o seu acompanhante?

Doulas são acompanhantes de parto profissionais, responsáveis pelo conforto físico e emocional da parturiente durante o pré-parto, nascimento e pós-parto.

VIII. PARTO

164. Com quantas semanas/meses de gestação o(a) (nome do bebê) nasceu?

Se a entrevistada informar em semanas, marque a informação na casela referente às “semanas” e marque |_0_| na casela referente aos “meses”. **Caso informe em meses marque a informação na casela “meses” e marque | 0 | 0 | na casela “semanas”.**

Sempre preencher em relação a semanas/meses completos. Se maior que 37 semanas ou 9 meses passar para questão 171.

Caso a entrevistada fale que “**não sabe/ não lembra**”, registre |_9_| “**sem informação**”.

168. Você se lembra com quantos semanas/meses de gravidez tomou esta injeção?

Se a entrevistada informar em semanas, marque a informação na casela referente às “semanas” e marque |_0_| na casela referente aos “meses”. Caso informe em meses marque a informação na casela “meses” e marque |_0_|_0_| na casela “semanas”.

Sempre preencher em relação a semanas/meses completos.

172. Qual tipo de parto que você teve?

Caso a gravidez da entrevistada seja gemelar, marcar o tipo de parto de todos os bebês. Se for gestação única, deve-se ter atenção para que seja marcada apenas uma opção no questionário eletrônico.

Caso a entrevistada informe que foi cesárea, marque |_0_|_3_| na questão e prossiga a entrevista partir da questão 181.

173. Quem fez seu parto?

Refere-se ao principal profissional que realizou o parto.

Atenção! No caso de partos gemelares, com um parto normal e outro cesáreo, as questões 173 a 180 referem-se apenas ao parto normal.

PARA AS MULHERES QUE PARIRAM SOZINHA NÃO SERÁ PERGUNTADO SOBRE A MANOBRA DE KRISTELLER (Q177) NO ENTANTO AS OUTRAS PERGUNTAS SOBRE O PARTO SIM, VISTO QUE PODEM TER ACONTECIDO LOGO APÓS O NASCIMENTO DO BEBÊ.

176. Qual foi a posição que você ficou para ter o bebê?

ATENÇÃO! Após fazer a pergunta para a entrevistada, lembre-se que as opções **não devem ser lidas** e o que for respondido deve ser classificado pelo entrevistador e marcado no questionário. Deve-se ter cuidado para não induzir a resposta da entrevistada.

179. Foi feita anestesia local antes do corte ou antes dos pontos?

Se a entrevistada responder que “Sim”, certifique-se com a mesma se a anestesia foi feita **antes do corte** ou **antes dos pontos** e marque a opção correspondente no questionário.

181. Na hora do parto, qual a posição do(a) (nome do bebê) na sua barriga?

Caso a gravidez da entrevistada seja gemelar, registrar a posição de todos os bebês. Se natimorto pule essa questão.

185. Em que momento foi decidido que seu parto seria cesariana?

Caso a mãe não tenha realizado nenhuma cesariana marque |_8_| “Não se aplica” nessa questão.

186. Qual foi a razão da cesariana?

Registrar a resposta da entrevistada conforme as opções disponíveis na questão.

Caso a resposta não se classifique nas opções **a** até a opção **y**, marque SIM para Q186w “**Outra razão não citada**” e descreva a resposta da entrevistada na questão 187.

ATENÇÃO! Certifique-se de que a resposta da entrevistada não se classifique em nenhuma das 24 primeiras opções e lembre-se de que estas opções **não devem ser lidas**.

IX. INFORMAÇÕES DO BEBÊ

ATENÇÃO! Não aplicar este bloco para natimortos! Em caso de natimortos, registre |_8_| em todos os blocos IX, XI, XIII e/ou XV.

Em caso de gemelar, os blocos “INFORMAÇÕES DO BEBÊ” e “ALEITAMENTO MATERNO” deverão ser repetidos, sendo os mesmos coletados no papel. Só os dados do primeiro filho serão coletados digitalmente.

ESTE BLOCO SERÁ PREENCHIDO AUTOMATICAMENTE COM |_8_| “Não se aplica” QUANDO O PRIMEIRO RN (Q6) FOR NATIMORTO

188. O bebê eliminou cocô (mecônio) quando ainda estava na sua barriga?

Registrar Não |_0_| e Sim |_1_|, de acordo com a resposta da entrevistada. Caso esta não saiba se o bebê eliminou cocô (mecônio), marque |_9_| “**não sabe/não informado**”.

189. Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outros), você:

ATENÇÃO! Nesta questão, as opções de resposta **devem ser lidas**. Registrar a opção correspondente à resposta da entrevistada.

190. O bebê veio para o quarto/enfermaria junto com você?

Registrar Não |_0_| e Sim |_1_|, de acordo com a resposta da entrevistada. Registrar Sim |_1_|, apenas se a entrevistada relatar que o bebê foi para o quarto/enfermaria junto com ela, ou seja, ao mesmo tempo. Neste caso, prossiga a entrevista a partir da questão 197.

191. Por quê?

Nesta questão, deseja-se saber por que o bebê não foi para o quarto/enfermaria junto com a entrevistada. Registrar a opção que corresponda à resposta da entrevistada.

193. Quanto tempo depois do parto seu bebê pôde ficar com você no seu quarto?

Registrar quanto tempo se passou desde o término do parto até o momento que o bebê pôde ficar com a mãe no quarto. O registro é em dias, horas e minutos. Por exemplo, caso a resposta seja “uma hora”, preencher |_0_|_|0_| dias, |_0_|_|1_| horas e |_0_|_|0_| minutos.

Caso o bebê tenha ficado o tempo todo com a mãe ou o bebê pôde ficar com a mãe na mesma hora, imediatamente, preencha com 88 (não se aplica). Nos casos em que o bebê ainda está na UI/UTI, preencher com |_7_|_|7_| em todas as caselas.

197. O seu bebê teve algum destes problemas ou necessidades?

Explique a entrevistada que cada item será lido isoladamente e para cada um, ela responderá “Não” ou “Sim”. Registrar Não |_0_| e Sim |_1_| para cada item, de acordo com a resposta da entrevistada.

Caso a entrevistada relate que o bebê teve outro problema ou necessidade que não estão relacionados nas questões 198 até 204, marque Sim |_1_| na questão “205 - Outros” e descreva a resposta da entrevistada na questão 206.

X. ALEITAMENTO MATERNO

ATENÇÃO! NÃO fazer as perguntas deste bloco para mulheres que perderam seu bebê. Neste caso, marque |_8_| “**não se aplica**” em todo o bloco X e prossiga a partir do bloco XI.

ESTE BLOCO SERÁ PREENCHIDO AUTOMATICAMENTE COM |_8_| “Não se aplica” QUANDO O PRIMEIRO RN (Q6) FOR NATIMORTO OU OBITO NEONATAL.

207. Você já ofereceu o peito para seu bebê?

Registrar Não |_0_| e Sim |_1_|, de acordo com a resposta da entrevistada. Caso a resposta seja Não, marque |_8_| “**não se aplica**” nas questões 208 e 209, prosseguindo a entrevista a partir da questão 213.

Caso o bebê esteja internado em UI ou UTI, responder “Não” (ainda não amamentou). Pular para a questão 213 e marcar como ‘outros’, especificando a situação na questão 214.

ATENÇÃO! Caso a mãe responda que não ofereceu o peito ao bebê, mas que o mesmo esteja recebendo seu próprio leite (materno) ordenhado por ela, esta questão deve ser marcada com |_0_|.

Deve se ressaltar que o ato de amamentar inclui o contato entre mãe e bebê e não somente sua alimentação com leite materno.

208. Depois do nascimento, você deu o peito na sala de parto?

Registrar Não |_0_| e Sim |_1_|, de acordo com a resposta da entrevistada. Caso a resposta seja Sim, marque |_1_| na questão e |_8_| “**não se aplica**” nas questões 209 a 213. Prosseguir a entrevista a partir da questão 215.

ATENÇÃO! Se a entrevistada relatar que deu o peito na sala de parto, mas a criança não pegou ou não sugou, considerar “Sim” e marque |_1_|.

209. Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (mais ou menos)

Registrar o tempo em dias, horas ou minutos. Por exemplo, caso a resposta seja “uma hora”, preencher |_0_|_|_0_| dias, |_0_|_|_1_| horas e |_0_|_|_0_| minutos.

Mesmo que a entrevistada diga que não sabe o tempo exato, pergunte se ela sabe “mais ou menos” quanto tempo demorou. Se mesmo assim, a entrevistada relatar que não sabe, marque |_99_| “**não sabe/não informado**” em todas as caselas.

Ao final desta questão, marcar |_8_| “**não se aplica**” nas questões 213 e 214 e prosseguir a entrevista a partir da questão 215.

213. Por que ainda não deu o peito ao seu bebê?

Após fazer a pergunta, ouça a resposta da entrevistada e classifique a mesma entre as alternativas disponíveis. Nesta questão, mais de uma opção pode ser registrada. Caso haja apenas uma resposta, marque o número correspondente na primeira casela e complete com |_0_| nas caselas restantes.

215. (Aqui) no hospital, o/a (nome do bebê) recebeu outro leite ou líquido que não o do seu peito?

Registrar Não |_0_| e Sim |_1_|, de acordo com a resposta da entrevistada. Caso ela não saiba informar, marque |_9_| “**não sabe/não informado**” e vá para o Bloco XVII (se gestação única).

Se a resposta for Não marque |_0_| na questão e vá para Bloco XVII (se gestação única).

216. Por que não recebeu outro leite ou líquido?

Após fazer a pergunta, ouça a resposta da entrevistada e classifique a mesma entre as alternativas disponíveis.

Nesta questão, mais de uma opção pode ser registrada. Caso haja apenas uma resposta, marque o número correspondente na primeira casela e complete com |_0_| nas caselas restantes.

XVII. DADOS FAMILIARES

316. Você sabe ler e escrever?

Registrar Não |_|_| e Sim |_|_|, de acordo com a resposta da entrevistada.

Caso a entrevistada responda “**mais ou menos**” ou diga que sabe “**apenas assinar seu nome**”, considerar Não e marque |_|_|.

317. Qual o último grau que você cursou?

Caso a entrevistada responda Nenhum |_|_| e vá para questão 319.

318. Última série/ano você concluiu com aprovação na escola?

Preencha com a última série completa ou anos completos, no caso de ensino superior.

Os “ensinos” abrangem:

1 - Ensino fundamental (1º grau): de 1ª a 8ª série.

ATENÇÃO! As entrevistadas que ainda estiverem cursando o ensino fundamental na data da entrevista responderão que o último **ano** que cursaram foi o **xº ano** (que pode incluir **do 1º ano até o 9º ano**). Nestes casos, faça a conversão:

1º ano – CA; 2º ano – 1ª série; 3º ano – 2ª série; 4º ano – 3ª série; 5º ano – 4ª série; 6º ano – 5ª série; 7º anos – 6ª série; 8º ano – 7ª série; 9º ano – 8ª série.

Ex: *Resposta da entrevistada:* **8º ano** do ensino fundamental = |_|_| **série**

2 - Ensino médio (2º grau): de 1ª a 4ª série.

Considerar 4ª série, nos casos de ensino técnico.

3 - Ensino superior (3º grau): 0 a 6 anos completos.

No caso da entrevistada cursar o nível superior, na primeira casela deve ser registrado o número de anos completos que cursou na faculdade.

Ex: *Resposta da entrevistada:* 8º período da faculdade.

Entrevistador deve perguntar: quantos anos você já cursou de faculdade?

Resposta da entrevistada: 3 anos e meio.

|_|_| **série/anos completos de faculdade**

ATENÇÃO! Caso a mulher responda que não chegou a cursar nenhuma série completa na escola, ou que só cursou o **CA (1º ano)**, marque |_|_| em série.

319. Qual é o seu estado civil?

Nesta questão, **leia as opções** e marque o número correspondente à resposta da entrevistada.

320. Você tem algum trabalho que ganhe dinheiro?

Registrar Não |_|_| e Sim |_|_|, de acordo com a resposta da entrevistada. Caso a resposta seja Não marque |_|_| na questão e |_|_|_|_| “**não se aplica**” na questão 321. Prosseguir a entrevista a partir da questão 323.

321. Em relação a sua situação de trabalho, você:

Leia as opções e registre o número correspondente à resposta da entrevistada. Caso a resposta não se classifique nas opções, marque SIM para Q321g “Outro” e descreva a resposta da entrevistada questão 322.

323. Quem é o(a) chefe da família?

Registrar o número correspondente à resposta da entrevistada.

Caso seja a própria mulher, marque |_|_| na questão e prossiga a entrevista a partir do Bloco XVIII. Já se for outra pessoa que não reside na casa marque |_|_| e diga quem é na questão 324.

325. Qual foi o último grau de escolaridade que o(a) chefe da família cursou?

Caso a entrevistada não saiba informar o grau de escolaridade do chefe da família, marque |_|_| “**Não sabe informar**”.

XVIII. IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO**329. Quantas pessoas moram na mesma casa, incluindo você? (Não contar RN)**

Registrar a quantidade de pessoas que moram com a entrevistada, incluindo a mesma. NÃO contabilizar o recém-nascido e também não considerar pessoas que estejam de férias ou situações similares.

330. Quantos quartos e salas têm na sua casa?

Registrar a soma dos quartos e salas existentes na casa. Caso o quarto e a sala sejam um único cômodo, marque |_|_|_|_|. NÃO incluir outros cômodos tais como: banheiro, cozinha, copa, etc.

331. Você tem banheiro em casa de uso exclusivo da sua família?

Registrar o número de lavabos e banheiros, incluindo os de empregada, os localizados fora da casa e os da(s) suíte(s). Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados. Se a entrevistada responder Não marque |_|_| na questão 331 e marque |_|_|_|_| “**não se aplica**” na questão 332. Prosseguir a entrevista a partir da questão 333.

Nota: Só se deve considerar como banheiro ou lavabo aqueles que possuem vaso sanitário. ‘Casinhas’ que possuam ‘buracos’ ou fossas secas não são consideradas como banheiro.

333. Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre coisas que você pode ter ou não na sua casa. Na sua casa tem...

Não são considerados bens os seguintes casos: bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses, bem quebrado há mais de 6 meses, bem alugado em caráter eventual, bem de propriedade de empregados ou pensionistas.

334/335. Rádio - Devem ser considerados todos os tipos de rádio no domicílio, mesmo que estejam incorporados a outro equipamento de som ou televisor. Não considerar o rádio de automóvel.

339. Máquina de Lavar roupa - registrar Não |_| e Sim |_|, para máquinas de lavar roupa automáticas e/ou semi-automáticas. O tanquinho NÃO deve ser considerado.

340/ 341. Televisão em cores - Televisores de uso de empregados domésticos só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

343/ 344. Carro particular - Não considerar veículos usados para atividades profissionais e de uso misto (lazer e profissional), táxis ou carros que a pessoa pague para utilizar.

345. Na sua casa tem empregada mensalista? (5 dias ou mais por semana) - Todas as empregadas mensalistas (babá, cozinheira, copeira, arrumadeiras) que trabalharem pelo menos cinco dias por semana, dormindo ou não no emprego, devem ser contabilizadas. Adequar a resposta da entrevistada de acordo com as opções e registrar na questão 346.

XIX. HÁBITOS MATERNOS

347. Você fumava antes da gravidez do (nome do bebê)?

Observe a questão refere-se ao período “antes da gravidez”. Registrar Não |_| e Sim |_|, de acordo com a resposta da entrevistada.

348. Você fumou nos primeiros cinco meses da gravidez do (nome do bebê)?

Observe que a questão refere-se aos “primeiros cinco meses da gravidez”. Se a entrevistada responder Não marque |_| na questão e prossiga a entrevista a partir da questão 351.

350. Quantos cigarros você fumava por dia? (um maço contém aproximadamente 20 cigarros)

ATENÇÃO! Em alguns estados do Brasil é comum à denominação “carteiras de cigarro”, o equivalente a 20 cigarros. Por outro lado, existem determinadas regiões que consideram “maços de cigarro”, que pode equivaler a 20 ou mais cigarros dependendo do local.

Se a entrevistada responder uma carteira ou maço de cigarro, marque |_2_|_0_| na questão. O mesmo se aplica para questão 353.

351. Você fumou após o quinto mês da gravidez do (nome do bebê)?

Observe que a questão refere-se “**após o quinto mês da gravidez**”. Se a entrevistada responder Não marque |_0_| na questão e prossiga a entrevista a partir da questão 354.

354. Durante a gravidez, você bebeu chopp, cerveja ou alguma outra bebida alcoólica?

Se a entrevistada responder “Não” pergunte “*nem de vez em quando?*”. Caso ela realmente não consuma bebida alcoólica, marque |_0_| na questão e prossiga a entrevista a partir do bloco XX.

Caso ela responda que bebe “mais ou menos” ou que bebe socialmente marque Sim |_1_|.

359. Quantas doses você precisa beber para se sentir “alta”, ou seja, quantas doses são necessárias para que você comece a se sentir diferente do seu jeito “normal”?

Observe a resposta da entrevistada e faça a seguinte conversão: uma dose de bebida alcoólica corresponde, por exemplo, a uma lata ou meia garrafa de cerveja, a 1 chopp, a 2 copos de cerveja, a 1 copo de vinho, a uma dose de uísque, cachaça ou outros destilados ou a 1 copo de caipirinha.

Se a entrevistada não souber informar, insistir para que ela dê alguma resposta, pois nesta questão não há opção |_9_|.

XX. ANTECEDENTES PESSOAIS

360. Você apresentava alguma dessas doenças antes da gravidez atual que tenha sido confirmada por médico?

Registrar Não |_0_| ou Sim |_1_| de acordo com a resposta da entrevistada, para cada doença relacionada na questão.

ATENÇÃO! Considerar apenas doenças que existiam **ANTES** da gravidez atual. Não considerar doenças que ocorreram apenas na infância (por exemplo, asma ou bronquite). Não considerar doenças que foram diagnosticadas na gravidez. Não explicar cada doença. Fazer a pergunta como está no questionário e se a puérpera não souber o que é, marcar a opção “Não”.

361. Doença do coração - exemplos de doenças que podem ser referidas pelas mulheres: angina (dor no peito), isquemia cardíaca, infarto do miocárdio, arritmia cardíaca, insuficiência cardíaca congestiva, problema nas válvulas do coração (ex: insuficiência ou estenose da válvula mitral, aórtica, tricúspide, pulmonar), “sopro no coração”.

363. Anemia grave, fora da gestação, ou outra doença no sangue – exemplos de doenças no sangue que podem ser referidas pelas mulheres: anemia falciforme, talassemia, anemias hemolíticas, leucemias, linfomas.

366. Hipertireoidismo - Não considerar se a mulher disser apenas que tem problema na tireóide, sem saber informar se era hipotireoidismo ou hipertireoidismo ou se informar apenas que tem nódulo na tireóide.

368. Doença renal/nos rins confirmada por médico especialista que precisa de tratamento – não considerar infecção urinária aguda no passado nem cálculo renal que não implique em acompanhamento continuado.

371. Doença do fígado confirmada por médico especialista que precisa de tratamento – Não considerar hepatite aguda no passado que ficou curada, nem cálculo biliar (na vesícula).

373. Outros? Caso a entrevistada mencione alguma doença que não esteja relacionada anteriormente, marque |_1_| na opção e escreva o nome da doença citada na questão 374.

XXI. PLANO DE SAÚDE

375. Você tem direito a algum plano de saúde, particular, de empresa ou órgão público?

Registrar Não |_0_|; Sim, apenas um |_1_| ou Sim, mais de um |_2_| de acordo com a resposta da entrevistada. Caso a entrevistada responda Não marque |_0_| na questão e prossiga a entrevista a partir da questão do Bloco XXII.

376. Há quanto tempo tem esse plano de saúde sem interrupção?

Adequar a resposta da entrevistada de acordo com as opções. Caso ela tenha mais de um plano, esse tempo se refere ao plano que cobriu a internação para o parto. Se nenhum dos planos cobriu o parto atual, considerar o que ela mais usa.

377. Esse plano é individual ou familiar?

Caso a mulher responda individual, ou seja, só ela têm direito ao plano, marcar |_1_| e preencher |_8_| “**não se aplica**” na questão 378. Prosseguir a entrevista a partir da questão 379. Caso ela tenha

mais de um plano, esse tempo se refere ao plano que cobriu a internação para o parto. Se nenhum dos planos cobriu o parto atual, considerar o que ela mais usa.

378. Se familiar, quantas pessoas tem direito a esse plano?

Registrar o número de pessoas que tem direito ao plano incluindo a entrevistada.

379. Quem paga a mensalidade deste plano?

Registrar de acordo com a resposta fornecida pela entrevistada. Caso a mulher responda que quem paga é somente a empresa/empregador, preencher com |_1_| essa questão e com |_8_| “**não se aplica**” a questão 380. Prosseguir a entrevista a partir da questão 381.

Se ela responder que a mensalidade do plano já vem descontada do salário, preencher com |_2_|. Nesta opção está incluído **pagamento total ou parcial**. Preencher com |_3_|, se ela informar que o titular paga diretamente ao plano. Caso ela responda que o plano é individual, mas quem paga o plano dela é algum familiar, marque a opção 3.

380. Qual o valor da mensalidade do seu plano de saúde (único ou principal)?

Adequar a resposta da entrevistada de acordo com as opções. Esse valor refere-se ao plano principal, ou seja, o que ela mais usa.

382. Este plano de saúde dá direito à consulta médica?

Caso a entrevistada tenha plano de saúde, marque |_0_| se o plano não dá direito à consulta médica. Marcar |_1_| se a entrevistada tem direito à consulta, mesmo que o plano esteja no período de carência durante a gestação.

383. Este plano de saúde dá direito a internações hospitalares?

Caso a entrevistada tenha plano de saúde, marque |_0_| se o plano não dá direito a internações hospitalares. Marcar |_1_| se a entrevistada tem direito a internações hospitalares, mesmo que o plano esteja no período de carência durante a gestação.

384. Este plano de saúde dá direito a assistência ao parto?

Caso a entrevistada tenha plano de saúde, marque |_0_| se o plano não dá direito a assistência ao parto. Marcar |_1_| se a entrevistada tem direito a assistência ao parto, mesmo que o plano esteja no período de carência durante a gestação.

392. Você gostaria de dizer mais alguma coisa?

Registrar Não |_0_| e Sim |_1_|, de acordo com a resposta da entrevistada. Caso ela queira dizer algo mais, escreva o que for relatado na questão 393.

394. Horário do término

Registrar o horário do término da entrevista.

395. Fotografou o cartão da gestante?

Registrar Não |_0_| e Sim |_1_|, de acordo com a realização do procedimento.

396. Observações do entrevistador

Registre nesse campo observações importantes que aconteceram durante a entrevista.

ATENÇÃO! Se, por extrema necessidade, a entrevista não puder ser realizada com a puérpera (falecimento, internação em estado grave, coma) as questões podem ser respondidas por alguém próximo a ela (mãe, companheiro, etc). Nestes casos, o entrevistador deverá anotar a situação neste campo de observações especificando quem respondeu e o motivo.

Não se esqueça de agradecer a colaboração da entrevistada e lembre-a que entraremos em contato por telefone para fazer as perguntas sobre ela e o bebê. Caso ela demonstre que não quer receber a ligação, o entrevistador deverá esclarecê-la quanto à importância do seguimento, explicando que a entrevista por telefone não será tão longa nem cansativa para ela. Se ainda assim ela se recusar a receber a ligação, agradeça sua participação e anote a recusa no final questionário.

ITEM IX: PROCEDIMENTOS PARA FOTOGRAFAR O CARTÃO DA GESTANTE

Inicialmente você deverá fotografar uma folha de identificação (folha de papel em branco onde você escreverá a caneta, em letra legível, o nome da puérpera, o número da maternidade e o número da mãe, que é o mesmo que você selecionou no questionário digital).

Fotografe esta identificação sempre antes de iniciar uma nova fotografia de cartão da gestante. Este procedimento permitirá identificar o início de um novo cartão. Cada uma das seis partes do cartão deve ser fotografada separadamente (ver modelos de cartão em anexo), mesmo que não esteja preenchida. Sempre colocar um papel em branco em baixo do cartão para criar um fundo neutro.

Selecionar o modo macro da máquina fotográfica que é representado por uma flor, utilizado quando fotografamos motivos muito próximos.

O flash é outro fator que devemos ter atenção, se achar necessário ative ou desative essa função.

Armazenamento:

O entrevistador deverá baixar, diariamente, as fotos do dia para evitar qualquer perda de conteúdo.

Para arquivar essas imagens deverão ser seguidos os seguintes procedimentos:

- Selecionar as fotos relacionadas ao cartão fotografado utilizando a tecla CTRL;
- Com as fotos selecionadas, clicar o botão direito do mouse e selecionar a função “comprimir...”;
- No campo “nome para exibição”, digitar o nome do arquivo que deverá conter o número da Unidade de Saúde onde foi realizado o parto (esse número será fornecido pelo supervisor), o número do questionário da puérpera e a data em que a foto foi tirada.

Ex: Maternidade Geral (número 01), questionário 020, data 01/01/2011. O arquivo deverá ser nomeado como U01_Q020_data_01012011;

- Após digitar o nome do arquivo, na janela ao lado do “nome para exibição”, escolher a opção “.zip”;
- Clicar em “criar”;
- Conferir o arquivo zipado (verificar se contém todas as fotos do cartão);
- Apagar as fotos que não estão no arquivo zipado;
- Fazer cópia desse arquivo na pendrive;
- Passar os arquivos zipados para o supervisor (pendrive ou email)

ITEM X: PROCEDIMENTOS PARA SALVAR AS ENTREVISTAS REALIZADAS

Diariamente, os entrevistadores deverão copiar para pen drive o arquivo do EPIDATA, onde ficam armazenadas as entrevistas realizadas. O armazenamento destas será feito no próprio programa ao tentarmos fechar o mesmo ou passar para outro questionário, pois nesse momento o programa pergunta se deve “Gravar o registro no disco”, logo basta selecionar o SIM para que a entrevista fique gravada. Sendo assim todas as entrevistas são armazenadas no mesmo arquiv

ANEXO E – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO

INSTRUTIVO

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
DO PRONTUÁRIO**

2011



Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde

ORIENTAÇÕES AO “PRONTUARISTA”

Este documento apresenta as orientações que deverão nortear o levantamento de dados da pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”. Descreve os procedimentos padronizados que deverão ser seguidos e apresenta alternativas para lidar com diferentes situações. A leitura atenta e freqüente desse documento irá ajudá-lo em vários aspectos, favorecendo a minimização dos erros.

Sumário:

Item I: O papel do prontuarista na pesquisa	3
Item II: Conduta do prontuarista	3
Item III: Primeiro contato na unidade de saúde	3
Item IV: Recebimento do material de campo e devolução dos instrumentos de coleta	4
Item V: Procedimentos para salvar os prontuários coletados	
Item VI: Consulta ao prontuário	5
Item VII: Seleção dos prontuários e registro dos dados	6
Item VIII: Etapas da coleta de dados	6
Item IX: Orientações sobre itens gerais e específicos do instrumento de coleta	7
ANEXO I: Siglas e abreviações mais comuns na prática obstétrica	32
ANEXO II: Malformações mais comuns	37
ANEXO III: Medicamentos	39
ANEXO IV: Partograma	41

ITEM I: O PAPEL DO PRONTUARISTA NA PESQUISA.

Você, prontuarista, tem um papel essencial para a pesquisa, porém, para que contribua de forma efetiva para o conhecimento científico, é necessário que os dados coletados por você sejam válidos, ou seja, estes devem corresponder o mais fielmente possível à realidade.

O sucesso da pesquisa depende da qualidade do trabalho de cada *prontuarista!*

ITEM II: CONDUTA DO PRONTUARISTA.

Antes de ir a campo o prontuarista deve ter lido atentamente o projeto de pesquisa para que tenha em mente informações claras sobre o estudo. Isto permite que o prontuarista seja capaz de explicá-lo de maneira clara e objetiva caso necessite.

Alguns aspectos devem ser levados em conta, como o modo de se portar e falar. O uso de roupas discretas e adequadas é de grande importância. Você receberá uma camiseta da pesquisa que deverá ser usada sempre que estiver em campo na coleta de dados.

Não masque chicletes ou fume no local.

Sempre que estiver nas dependências das unidades de saúde utilize seu crachá. Quando for levantada alguma dúvida quanto à sua relação com a pesquisa, apresente-o.

O material a ser usado em campo deve estar sempre com você: resumo do projeto de pesquisa, netbook com o instrumento de coleta de dados, instrutivo, carregador do netbook, diário de campo, adaptador para tomada e extensão.

Nunca guarde ou deixe o netbook contendo os instrumentos de coleta de dados da pesquisa em dependências da unidade de saúde.

As dúvidas que surgirem no desenvolvimento da pesquisa devem ser consultadas no instrutivo; caso este não esclareça as suas dúvidas, você deverá entrar em contato com o supervisor o mais rápido possível.

ITEM III: PRIMEIRO CONTATO NA UNIDADE DE SAÚDE.

Inicialmente, você será apresentado pelo supervisor ao diretor da unidade de saúde ou pessoa por ele designada. O supervisor terá solicitado ao representante da unidade de saúde, em visita prévia, uma pessoa que sirva de referência e apoio durante o trabalho realizado no local.

Procure ter um bom relacionamento com a equipe da unidade de saúde, já que uma condição básica para realizar o estudo é um bom envolvimento de todos que dele participarão direta ou indiretamente.

ITEM IV: RECEBIMENTO DO MATERIAL DE CAMPO E DEVOLUÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE COLETA.

Antes de iniciar a pesquisa você receberá do seu supervisor um netbook contendo os instrumentos de coleta de dados de forma digitalizada, os acessórios necessários para a utilização do equipamento, mochila, um diário de campo (caderno) e **Lista Única do Prontuário** (AnexoV). Esta lista deverá ser preenchida por você a partir da **Lista Única da Puérpera**, preenchida pelo entrevistador. Ambas as listas deverão estar guardadas na Unidade de Saúde, em lugar previamente indicado pelo supervisor. Ela conterá os dados referentes às puérperas entrevistadas, cujos prontuários serão objeto do seu trabalho. O registro diário da **Lista Única de Prontuário** é extremamente importante, de forma a garantir que todas as entrevistadas terão analisados seus prontuários e dos seus bebês.

Diariamente você deverá fazer um backup dos arquivos exportados e deixar salvo em seu pendrive em casa para evitar perdas.

ITEM V: PROCEDIMENTOS PARA SALVAR OS PRONTUÁRIOS COLETADOS

Diariamente, os prontuaristas deverão copiar para pen drive o arquivo do EPIDATA, onde ficam armazenadas os dados dos prontuários coletados. O armazenamento destes será feito no próprio programa ao tentarmos fechar o mesmo ou passar para outro prontuário, pois nesse momento o programa pergunta se deve “Gravar o registro no disco”, logo basta selecionar o SIM para que a entrevista fique gravada. Sendo assim todos os prontuários coletados são armazenados no mesmo arquivo.

ITEM VI: CONSULTA AO PRONTUÁRIO.

O instrumento para coleta de dados do prontuário é o formulário que deverá ser utilizado para resgate das informações do prontuário da puérpera e recém-nascido após a saída da unidade de saúde.

É bom lembrar que a leitura do prontuário nem sempre é simples, pois frequentemente são utilizadas abreviaturas e siglas, além de nos deparamos, muitas vezes, com escrita com letra de difícil compreensão. As informações também podem estar registradas em diferentes formulários (folha de

evolução do médico e da enfermagem, folha de prescrição, partograma, folha do centro cirúrgico, etc) sendo recomendada a leitura atenta para encontrar as informações solicitadas. Caso seja necessário solicite o auxílio de um profissional da unidade de saúde para esclarecer abreviaturas, siglas e a leitura de letras ilegíveis.

ATENÇÃO! Na consulta aos prontuários é necessário evitar que os profissionais sintam-se submetidos à fiscalização ou auditoria, prejudicando o andamento do trabalho.

ITEM VII: SELEÇÃO DOS PRONTUÁRIOS E REGISTRO DOS DADOS.

Serão coletados dados de todas as puérperas (e dos conceptos) entrevistadas na unidade de saúde, a partir das informações registradas na Lista Única do Prontuário. Os prontuários serão consultados sempre após a saída (alta, óbito ou transferência) mesmo que a pesquisa já tenha sido encerrada na unidade de saúde. Você deverá monitorar a permanência da puérpera e do recém-nascido na unidade de saúde para saber quando a saída ocorreu para resgatar as informações do prontuário. Na grande maioria das vezes a permanência da puérpera e do bebê variará de 36 a 48 horas. Caso a internação se prolongue por mais de 42 dias para a puérpera ou 28 dias para o bebê, você coletará as informações do prontuário até o 42º dia de internação no caso da mulher, que corresponde ao final do puerpério, e até o 28º dia de internação do bebê, que corresponde ao final do período neonatal. Este monitoramento será feito pelo supervisor.

Atenção: Caso a puérpera e/ou o recém-nascido sejam transferidos para outra unidade de saúde, as informações dos prontuários de ambos deverão ser coletadas em **formulário em papel (dados do prontuário onde ocorreu o parto e da unidade de transferência)**. Somente após a saída da unidade para onde foi transferida a mãe (por alta, óbito ou permanência por mais de 42 dias) e/ou o recém-nascido (por alta, óbito ou permanência por mais de 28 dias) a investigação será encerrada e os dados completos digitados no netbook e então exportados. Sempre que houver transferência da puérpera e/ou do recém-nascido você deverá comunicar ao supervisor, que determinará como será o procedimento para complementação das informações na unidade de saúde de transferência. A coleta dos dados também poderá ser feita em **formulário em papel** em situações especiais não previstas e sempre sob orientação do supervisor.

Não serão incluídos, os dados de puérperas oriundas de outras unidades de saúde não

participantes da pesquisa, ou seja, **mulheres que foram transferidas para a referida unidade após o parto.**

ITEM VIII: ETAPAS DA COLETA DE DADOS.

Para facilitar o trabalho de localização dos prontuários, o prontuarista deverá se basear na Lista Única de Prontuários.

A localização dos prontuários e o fluxo destes na maternidade serão identificados pelo supervisor em sua visita de reconhecimento e informados ao prontuarista.

O funcionário responsável pelo setor onde estiverem os prontuários deverá ser informado, de véspera, sobre a sua ida para coleta de dados, recebendo a relação de mulheres entrevistadas e seus filhos com os respectivos números dos prontuários, pois a busca de prontuários é uma atividade que requer até um dia de trabalho dos funcionários do arquivo da maternidade. Caso a maternidade tenha outra exigência para essa coleta, os prontuaristas deverão se adequar às regras da instituição.

Caso não encontre o prontuário, anote as razões no diário de campo e busque outras fontes de localização dos prontuários. Ex: Faturamento ou posto de enfermagem.

ATENÇÃO! Não omitir as informações existentes nos prontuários. Caso tenha dúvida sobre a melhor opção de resposta, marque a que achar mais adequada e anote no seu diário de campo para posterior consulta a supervisora.

ITEM IX: ORIENTAÇÕES SOBRE ITENS GERAIS E ESPECÍFICOS DO INSTRUMENTO DE COLETA.

Bloco 1: Identificação do prontuário

3. Nome da entrevistada:

Escrever o nome completo e sem abreviações para que, posteriormente, essa mulher possa ser localizada em bases de dados secundários.

4. N° do prontuário da mãe:

Copiar o número do prontuário idêntico como o registrado na folha do prontuário, com traço, ponto, vírgula...

Se o instrumento preenchido for a versão de papel copiar o número do prontuário da direita para esquerda e caso sobre alguma casela à esquerda preencher com **0000**.

Quando não houver registro do prontuário preencher com **99999 (sem informação)**.

5. Tipo de gestação:

Gestação única é aquela em que houve apenas 1(um) feto e gemelar é aquela em que ocorreu o desenvolvimento de 2 (dois) ou mais fetos. Esta informação pode ser facilmente obtida na ficha de admissão ou na folha de descrição do parto.

Questões 6, 7, 8 e 9

No caso de gestação múltipla devem ser preenchidos os dados para cada um dos gemelares até o número máximo de quatro.

Bloco 2: Dados da Internação

Considerar neste bloco as informações referentes à **internação que resultou no parto**. Se a gestante foi internada outras vezes, mas recebeu alta para casa, não considerar.

Questões 10 e 11

Procurar estas informações na folha de evolução da enfermagem ou na prescrição onde com frequência estão registradas. Caso não esteja especificada a data e/ou a hora anotar na data |_0_|_9_|/|_0_|_9_|/|_9_|_9_|_|_9_|_9_| (sem informação) e para hora escolher a opção **00h00min**.

12. Setor para onde foi encaminhada no momento da admissão/internação:

Diz respeito ao primeiro lugar na maternidade para o qual a mulher foi admitida. Ela pode primeiro ser internada como gestante numa enfermaria e depois entrar em trabalho de parto e ir para sala de pré-parto, por exemplo. Ou pode chegar em franco trabalho de parto e ser encaminhada para sala de parto. Gestantes com alguma complicação podem ir direto para o centro cirúrgico obstétrico.

13. Tipo de saída:

Informar o destino da mulher se recebeu alta, foi transferida, saiu a revelia ou foi a óbito. A opção 3 “Saída à revelia” será marcada para as puérperas que mesmo sem receber alta resolvem sair da unidade de saúde por conta própria.

14. Data da saída ou do óbito:

Registrar a data da saída hospitalar da puérpera sendo esta saída por alta, transferência, saída à revelia ou óbito. Se óbito preencha a data do óbito e pular para questão 16. No caso de saída à revelia ou alta registre a data e vá para a questão 17.

Caso a data da alta, transferência, saída à revelia ou óbito esteja incompleta, registre | 0 | 9 || 0 | 9 || 9 | 9 || 9 | 9 | (seminformação) no campo em questão e anote as informações que existem sobre essa data no campo de observações no final do questionário, depois dê prosseguimento a coleta de dados do prontuário. Lembre sempre de referenciar qual a questão que esta sendo anotada no campo de observações.

As puérperas que foram transferidas no pós-parto preencher as questões **15, 15.1, 15.2 e 15.3**. Caso a saída tenha sido por óbito, responder a questão 16; se ainda permanecer internada por tempo superior a 42 dias, ir para a questão 17.

ATENÇÃO! Nos casos em que a puérpera ficou aguardando a alta do bebê devemos considerar a data em que a mulher recebeu a alta médica e não a que saiu do hospital com o bebê. Se a entrevistada foi para enfermagem canguru considerar que teve alta.

15. Hospital para onde foi transferida após o parto (nome, cidade e estado):

Registrar o nome completo do hospital. Evite abreviações e não use siglas.

15.1 Motivo da transferência:

Anotar os motivos que constam no prontuário, geralmente na evolução médica ou da enfermagem.

15.2 Tipo de saída do hospital para onde foi transferida:

Informar o destino da mulher se recebeu alta, foi transferida, saiu a revelia ou foi a óbito. A opção 2 “Saída à revelia” será marcada para as puérperas que mesmo sem receber alta resolvem sair da unidade

de saúde por conta própria. Se mesmo após a transferência ela permaneceu internada após 42 dias da data do parto, marcar a opção 4.

15.3 Data da saída do hospital para onde foi transferida:

Esta é a data que constará no prontuário da unidade de saúde para onde foi transferida.

Caso a data da saída após transferência esteja incompleta, registre | 0 | 9 | / | 0 | 9 | / | 9 | 9 | || 9 | 9 | (sem informação) no campo em questão e anote as informações que existem sobre essa data no campo de observações no final do questionário, depois dê prosseguimento a coleta de dados do prontuário. Lembre sempre de referenciar qual a questão que esta sendo anotada no campo de observações.

16. Número da declaração de óbito:

Essa informação será a partir da cópia rosa da declaração de óbito que fica no prontuário da mulher. Na ausência da declaração de óbito completar com **9999 (sem informação)**.

Bloco 3: Antecedentes Clínico-Obstétricos (NÃO INCLUI A GESTAÇÃO ATUAL)

Estas informações normalmente estão registradas no momento da internação da mulher. Além do número de gestações e partos algumas outras informações são importantes. Dizem respeito a possíveis problemas de saúde **antes** da gestação atual e que podem ter sido, inclusive, diagnosticadas em gestações anteriores. Em geral são registradas apenas as questões que têm alguma possibilidade de repercussão na gestação atual. Se não houver registro de algum quesito, considerar a resposta **NÃO**.

17. Número de gestações anteriores:

Se primeira gestação, preencher com **00** e prosseguir a partir da questão 21 “antecedentes pessoais de risco”.

Atenção!!! No prontuário este registro é feito na anamnese, quando a gestante chega na maternidade. Geralmente está registrado em algum campo o número de gestações da seguinte maneira

EX : GESTA 4 PARA 3

18. Número de abortos anteriores:

São considerados abortos todas as perdas fetais com menos de 5 meses (22 semanas) ou pesando < 500g.

19. Número total de partos anteriores:

São considerados total de partos a soma dos partos vaginais com os partos cesáreos.

Caso o número de gestações seja diferente do somatório de partos e abortos, o sistema acusará o erro e voltará para Q17, para que seja feita a correção das informações

20. Destes quantos foram cesáreas:

Nunca pode ser maior que o número de partos.

ATENÇÃO! De um modo geral, o número de gestações anteriores corresponde à soma do número de abortos e partos. Da mesma forma, o número de partos corresponde à soma dos partos normais e cesáreos, e o número total de nascidos (vivos e mortos) corresponde ao número de partos. A única situação em que esses números não coincidem é no caso de gestações gemelares, pois um parto pode resultar em mais de um nascido (ex: cesariana com dois ou mais gemelares).

PARA PREENCHER ESTE BLOCO CONSIDERE APENAS AS GESTAÇÕES E PARTOS ANTERIORES AO PARTO DO ESTUDO.

21. Antecedentes pessoais de risco:

Algumas intercorrências clínicas anteriores à gestação atual têm especial importância nos desfechos da gestação e são muito importantes para esta pesquisa, são elas:

22. Doença cardíaca de qualquer tipo registrada no prontuário (estenose valvar, estenose mitral, estenose aórtica, prolapso valvar, prolapso mitral, prolapso aórtico, insuficiência cardíaca, cardiomegalia, coração grande ou chagásico, infarto do miocárdio, angina, história de cirurgia cardíaca em qualquer época da vida, etc...);
23. Hipertensão arterial (registrar aquelas em que no histórico do prontuário informa se a puérpera fazia algum tratamento medicamentoso ou mesmo se houver somente a indicação de hipertensão, mas não relacionada com a gestação);
24. Anemia grave ou hemoglobinopatia (em geral registradas como anemia crônica, anemia

- falciforme, talassemia, etc... Não considerar a anemia ocasionada na gestação);
25. Asma ou asma brônquica (não considerar como sinônimo de asma a bronquite, nem asma na infância);
 26. Lupus ou esclerodermia (considerar diagnósticos tais como colagenose a esclarecer, doença do colágeno, LES, etc...);
 27. Hipertireoidismo (não considerar outras descrições de patologias como nódulo, doença da tireoide ou hipotireoidismo);
 28. Diabetes não gestacional (diabetes tipo 2, diabetes mellitus, diabetes juvenil, diabetes insulino-dependente, etc...);
 29. Doença renal crônica (insuficiência renal, história de transplante renal, história de diálise renal, etc...);
 30. Convulsões/epilepsia (qualquer histórico de convulsão/epilepsia); Atenção se houver descrito um episódio isolado de convulsão não considerar, assim como convulsão relacionada com a gestação, mesmo que anteriores.
 31. Acidente Vascular Cerebral (AVC, derrame cerebral, infarto cerebral, etc... Não relacionada com gestações anteriores);
 32. Doença hepática crônica (cirrose, hepatite crônica). Não considerar cirurgia ou problema de vesícula;
 33. Doença psiquiátrica (com ou sem história de internação – algumas vezes estão designadas apenas pelo código da CID); Todo o grupamento dos transtornos mentais na CID 10 começa com a letra F (vai de F00 a F99).
 34. Nesta questão caso haja algum problema de saúde registrado no prontuário que não esteja relacionado nas opções registrar a informação em “outros”.

36. Intercorrência clínica ou obstétrica na GESTAÇÃO ATUAL (antes da internação):
--

Algumas intercorrências clínicas ou obstétricas na gestação atual têm importância para os desfechos do estudo sendo elas:

37. Incompetência istmo-cervical - incompetência cervical, algumas vezes abreviada como IIC – em geral associada à realização de cerclagem;
38. Crescimento intra-uterino restrito (CIUR) ou crescimento fetal restrito, crescimento intra-uterino retardado, etc;
39. Oligodramnia - diminuição da quantidade de líquido na bolsa amniótica, oligoamnio, adramnia, pode estar referido como índice de líquido amniótico (ILA) diminuído;

40. Polidramnia - aumento da quantidade de líquido na bolsa amniótica, polidramnio, pode estar referido como índice de líquido amniótico ILA aumentado;
41. Isoimunização Rh - isoimunizada, sensibilizada para fator Rh;
42. Placenta prévia - localizada junto ao colo do útero muitas vezes completamente na frente do bebê sendo indicação de cesariana, placenta baixa, placenta marginal, placenta junto ao Orifício Externo do colo;
43. Descolamento prematuro da placenta (DPP) - separação da placenta da parede do útero total ou parcialmente antes do nascimento do bebê;
44. Amniorrexe prematura - ruptura da bolsa antes do trabalho de parto às vezes muito tempo antes, amniorrexe, ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO) ou PROM (sigla em inglês), BR – bolsa rota, etc;
45. Diabetes gestacional - diabetes que surge ou é diagnosticado durante a gestação, Diabetes Mellitus Gestacional - DMG;
46. Síndromes hipertensivas da gestação - Hipertensão Arterial crônica (HA), hipertensão, toxemia gravídica, toxemia, pré-eclâmpsia, DHEG, hipertensão específica da gravidez, síndrome HELLP, etc;
47. Eclâmpsia/Convulsões - convulsões relacionadas à hipertensão na gestação;
48. Ameaça de parto prematuro - ameaça de trabalho de parto prematuro (ATPP), parto prematuro, etc;
49. Sofrimento fetal - SF, SF agudo, SF crônico, Desaceleração intra-parto (DIP 2, DIP II), centralização, feto centralizado, feto não reativo, etc;
50. Sífilis - VDRL positivo;
51. Infecção urinária (ITU) - cistite, bacteriúria assintomática, pielonefrite, nefrite, infecção urinária de repetição, etc;
52. Infecção pelo HIV - soropositiva para o HIV, HIV +, AIDS, etc;
53. Toxoplasmose - toxo IGG e IGM positivo para a toxoplasmose, uso de espiramicina, uso de esquema 1, uso de esquema 2 – ácido folínico, pirimetamina e sulfadiazina;
54. Exame de cultura para streptococo na vagina e/ou ânus positivo - Swab + para GBS (streptococo do grupo B), Strepto +, etc.
55. Malformação congênita - ver lista no anexo II

Caso esteja registrada malformação congênita não deixar de anotar qual, e caso haja algum problema de saúde registrado no prontuário que não esteja relacionado nas opções informar que problema ocorreu

em “outros”.

59. Cirurgia uterina anterior (miomectomia, microcesarea e outras cirurgias do corpo uterino):

Informar qualquer cirurgia uterina anterior (referida como cicatriz uterina anterior, microcesarea anterior, hysterotomia, miomectomia, etc...)

Atenção! Cesárea anterior não deve ser contabilizada, pois já foi informada anteriormente.

Bloco 4: Dados da Internação

Diz respeito ao dia que a puérpera foi internada, mesmo que o parto só tenha acontecido dias depois. Em geral estas informações estão registradas em ficha própria de internação ou em ficha de evolução médica quando não há um impresso próprio. Em algumas maternidades privadas há uma folha de anamnese feita pela enfermeira que pode conter várias das informações deste bloco. Algumas também podem ser encontradas na folha de prescrição e no registro da admissão da enfermagem.

60. Data da última menstruação (DUM):

Escreva o dia com dois dígitos, mês com dois dígitos e ano com quatro dígitos. Caso a mãe só saiba informar o dia ou o mês ou o ano, o entrevistador deverá preencher |_9_|_9_| ou |_9_|_9_|_|_9_|_9_| “**não informado**” nos campos que ela não sabe.

Se o cartão da gestante estiver anexado ao prontuário, e essa informação constar, pode ser considerada.

61. Idade gestacional na admissão calculada pela DUM:

Registrar em semanas a idade gestacional da puérpera calculada pela DUM, no momento em que foi admitida na unidade de saúde onde foi realizado o parto.

Se idade gestacional > 42 semanas considerar 42.

Se nascido vivo com menos de 22 semanas considerar 22.

62. Idade gestacional na admissão calculada por USG:

Algumas vezes há registro da idade gestacional pela DUM e também pela USG, outras vezes apenas pela ultrasonografia.

Se idade gestacional > 42 semanas considerar 42.

Se nascido vivo com menos de 22 semanas considerar 22.

63. Idade gestacional na admissão sem referência ao método de cálculo:

Preencher este campo, quando houver registro da idade gestacional sem informação de como foi calculada.

Se idade gestacional > 42 semanas considerar 42.

Se nascido vivo com menos de 22 semanas considerar 22.

Atenção: Caso a idade gestacional tenha sido informada somente por um dos métodos ou por ambos, marque a opção 99. No momento da análise dos dados será possível identificar que esta “ausência de informação” significa que a idade gestacional foi informada por algum método.

64. Apresentação do bebê:

As apresentações fetais descrevem a maneira na qual o feto se apresenta no momento do parto.

Cefálica - tem como variação a posição defletida.

Pélvica ou de nádegas

Córmica ou de ombros – a mesma coisa com apresentação transversa.

69. Nível de consciência da mulher na admissão:

Registrar como se encontrava o nível de consciência da mulher no momento de admissão. Neste caso ela pode ter dado entrada lúcida (o que nem sempre significa um bom estado geral),

torporosa/obnubilada, ou seja, apresentando alguma confusão mental ou ainda em coma isto é comatosa e/ou coma superficial.

70. Ocorrência de convulsões antes da internação:

Na maioria das vezes está associada com o diagnóstico de eclâmpsia.

71. Pressão arterial na admissão:

Nesta questão marcar “Não” ou “Sim”. Se houver registro de aferição de pressão e respectivos valores, preencher a questão 72 com os valores sistólicos (maior valor) e a questão 73 com os valores diastólicos (menor valor). Se houver registro de que foi aferida a pressão, mas não houver informações sobre os

valores, marcar “Sim” na questão 71 e no campo dos valores sistólicos (maior valor) e diástólicos (menor valor) preencher com **999 “sem informação”**.

74. Temperatura axilar na admissão:

Se houver registro de verificação de temperatura e respectivo valor, preencher com “Sim” e, posteriormente o valor em graus centígrados. Se houver registro de verificação de temperatura, **mas não houver informações** sobre os valores, preencher com “Sim” e no campo do valor de temperatura preencher com **999 “sem informação”**.

76. Sangramento vaginal após internação e antes do parto:

Se houver registro de sangramento e o grau de intensidade marcar a opção corresponde pequeno, moderado ou intenso. Se houver registro de sangramento, mas não houver informações sobre a intensidade do mesmo, escolher opção “Sim, sem especificação”.

77. Perda de líquido amniótico (ruptura da bolsa) antes da internação:

Também referido como bolsa rota, amniorrexe, ruptura das membranas ovulares, etc. Escolher a opção que classifica as características do líquido.

78. Dilatação do colo do útero no momento da admissão:

Pode estar registrado apenas com um algarismo, por exemplo, 4 cm ou pode estar registrado como colo 4/2/4 onde o primeiro número é que se refere a dilatação do colo, neste caso = 4cm. Pode também estar referida como Orifício Interno (OI) do colo dilatado para 4 cm. Se houver a informação no prontuário que a mulher estava em período expulsivo, colocar dilatação total (10cm).

79. Número de contrações em 10 minutos no momento da admissão:

Número de contrações em 10 minutos no momento da admissão pode estar registrado como AU = atividade uterina; DU = dinâmica uterina e com apenas dois algarismos, exemplo: AU= 3/10 (três contrações em 10 minutos) ou AU= 3/10'/50" sendo o último número referente à duração da contração em segundos. Se tiver no prontuário que a mulher teve contrações uterinas (atividade uterina presente) e não tiver a quantidade, colocar 99.

ATENÇÃO! Se a gestante não entrou em trabalho de parto selecionar a opção "0", isto é, não apresentou contrações.

80. Batimento Cardíaco Fetal (BCF) na admissão (ou primeiro exame):

O batimento cardíaco fetal pode estar referido com um número, exemplo BCF = 140 bpm (batimento por minuto) ou apenas como BCF (+) neste caso significa presente e BCF (-) significa ausente. Se houver registro de BCF e respectivo valor de bpm selecionar "Sim" e na questão seguinte anotar o referido valor. Se houver registro de BCF, ou ainda só o sinal (+) e não houver informações sobre o valor selecionar "Sim" e na questão do valor de bpm preencher/selecionar com **999 "sem informação"**.

82. Realizada cardiocografia (CTG): Esta questão permite mais de uma opção

Registrada como CTG ou cardio. Considerar que "Sim" se estiver registrada como Perfil Biofísico Fetal. Se não há relato da realização só constar que foi solicitado CTG a opção a ser marcada é não. Considerar CTG ou CTR para cardiocografia. Em alguns estados utilizam uma sigla ou a outra.

ATENÇÃO! Lembre-se de referir em que momento foi realizado tal procedimento.

83. Algum resultado da CTG alterado:

Considerar resultado alterado se houver registro de termos como: cardio não reativa, cardio com DIP 2 ou DIP II, cardio com DIP desfavorável, cardio com sofrimento fetal, etc.

84. Realizado Dopplerfluxometria fetal: Esta questão permite mais de uma opção

Também registrada como Doppler fetal, doppler de umbilical, Doppler de uterina, etc...

ATENÇÃO! Lembre-se de referir em que momento foi realizado tal procedimento.

85. Algum Doppler alterado:

Considerar resultado alterado se houver registro de termos como: Doppler centralizado, Doppler com fluxo reverso, etc...

86. Prescrição de corticóide antes do parto:

Geralmente prescrito como dexametasona intramuscular dois dias consecutivos ou como betametasona nos casos de internação por ameaça de parto prematuro ou bolsa rota antes do tempo da gestação. Esta informação pode ser encontrada na prescrição médica da internação e/ou na evolução médica.

ATENÇÃO! Lembre-se de referir em que momento foi realizado tal procedimento.

87. Motivo da internação:

Para a pesquisa o importante nesta pergunta é o entendimento da situação da mulher na internação. Grande parte das mulheres no serviço público será admitida em trabalho de parto e no serviço privado será admitida eletivamente para realização de cesárea.

Cesárea eletiva = nome dado quando este procedimento é programado.

Para qualquer situação que não for contemplada nas opções anteriores marque a opção “Outro motivo”.

QUANDO A RESPOSTA DESSA QUESTÃO FOR [3] (CESÁREA ELETIVA), O PROGRAMA PREENCHERA AUTOMATICAMENTE COM 8 OU 88 DA Q90 A Q129f. RESPONDA A Q88 E DEPOIS VÁ MANUALMENTE PARA A Q130a, SEM ALTERAR AS MARCAÇÕES REALIZADAS AUTOMATICAMENTE.

88. Diagnóstico na internação: Esta questão permite mais de uma opção

Nesta questão busca-se saber por qual razão a gestante foi internada. Pode ter internado para parto induzido com diagnóstico de ruptura prematura de membrana. Tem que atentar para as opções de resposta da pergunta. Quando nenhuma das opções contemplar a o diagnóstico obstétrico específico da puérpera marcar “Outro diagnóstico” e informar qual (questão 89). Se for internada por uma intercorrência clínica (infecção urinária, pneumonia, dengue, etc..), marcar a opção 19 (“Intercorrência clínica”). Note que há diferença entre a opção “Outro diagnóstico” e “Intercorrência clínica”.

91. Houve indicação de parto cesáreo no momento da admissão/internação:
--

Eventualmente algumas mulheres vão ter uma situação na qual no momento da admissão/internação poderá ser indicada uma cesariana. Nos serviços públicos, geralmente, a indicação está associada ao diagnóstico de alguma situação de risco materno ou fetal. Nos serviços privados, algumas mulheres terão uma indicação de cesárea pouco precisa no momento da internação e basicamente o intervalo de tempo entre a admissão e o momento da cirurgia é que vão mostrar que a mulher foi da admissão direto para uma cesárea.

Bloco 5: Assistência ao trabalho de parto

Neste bloco as informações são referentes ao momento do trabalho de parto.

Questões 92 e 93. Data e hora de admissão/internação no pré-parto:

Algumas vezes estará registrada apenas na prescrição da enfermagem a hora de chegada da mulher ao pré-parto. Quando a mulher tiver sido internada em trabalho de parto geralmente vai coincidir com a admissão no pré-parto. Se a mulher foi internada como gestante apenas no dia em que entrou em trabalho de parto ou foi indicada indução do parto ou cesariana esta informação estará indicada como chegada no pré-parto/centro obstétrico (CO) /centro cirúrgico (CC). Se não houver informação preencher com **99 ou 9999**.

94. Trabalho de Parto:

Espontâneo: é aquele que iniciou sem nenhuma intervenção médica.

Induzido com sucesso: o obstetra poderá considerar uma indução como alternativa quando achar que não vale a pena esperar mais pelo início natural do trabalho de parto, e antes de partir para uma cesariana. Assim a mulher entra em trabalho de parto.

Induzido sem sucesso: a indução pode falhar e a mulher não entrar em trabalho de parto e fazer uma cesariana (geralmente com a indicação de falha da indução).

Não entrou em trabalho de parto: marcar esta opção nos casos de cesariana eletiva. Observe que indução sem sucesso está contemplada na opção 2.

QUANDO A RESPOSTA DESSA QUESTÃO FOR [2] (INDUZIDO SEM SUCESSO), O PROGRAMA PREENCHERA AUTOMATICAMENTE COM 8 OU 88 DA Q96 A Q129f. RESPONDA A Q95 E DEPOIS VÁ MANUALMENTE PARA A Q130a, SEM ALTERAR AS MARCAÇÕES REALIZADAS

AUTOMATICAMENTE.

95. Medicações/método utilizados para indução do parto:

A indução pode ser feita de várias maneiras, geralmente vai estar descrita a medicação (ocitocina, misoprostol ou dinoprostone) ou o método utilizado (Krause, laminaria, Aboero, etc).

96. O acompanhante estava presente:

Provavelmente registrada na folha de enfermagem e nos serviços privados também pela cobrança de roupa extra para acompanhante. Ver na folha do SIH (Sistema de Informação Hospitalar) se consta no código do acompanhante a cobrança.

97. Prescrição de dieta no trabalho de parto:

Verificar na folha de prescrição do momento da internação (para as mulheres em trabalho de parto) ou do encaminhamento ao pré-parto a prescrição da dieta. Dieta zero é quando a mulher não está recebendo nenhum tipo de alimentação; dieta líquida quando apenas líquidos são permitidos (sucos, chás, etc..). Qualquer registro de alimentação diferente destes registrar “Outro tipo de dieta”. Esta opção contempla quando a mulher está, inclusive, em dieta livre.

99. Prescrição de hidratação venosa no trabalho de parto:

Administração de soluções diretamente por via intravenosa. Se houver algum registro de administração de soro considerar “Sim”. Tal informação poderá ser obtida na folha de prescrição.

100. Colocação de acesso venoso no trabalho de parto:

Em muitos casos é feito o acesso venoso na gestante para facilitar, caso necessário, a administração de alguma solução/medicamento. Difere da hidratação venosa por permitir maior mobilidade da mulher.

101. Prescrição de antibióticos no trabalho de parto:

Verificar na folha de prescrição se há algum registro de antibiótico. Ver Anexo III.

102. Realização de tricotomia na maternidade:

Tricotomia é a retirada dos pelos pubianos antes do parto.

103. Enteróclise/enema (lavagem intestinal) antes do parto:

Enema, enterocлизма ou clister são nomenclaturas que designam a introdução de líquido no ânus para lavagem, purgação ou administração de medicamentos. Se não houver nada prescrito considerar não. Observar se há algum carimbo do tipo “Rotina do TP”, se houver buscar saber com a enfermagem quais os procedimentos de rotina se não estiver escrito.

104. Profissional que acompanhou o trabalho de parto: Esta questão permite mais de uma opção

Ver pela assinatura ou carimbo na folha do partograma, quando houver, ou na descrição médica da evolução do trabalho de parto. Levar em consideração a categoria do profissional que realizou o maior número de exames. Caso não seja possível identificar a categoria profissional marque a opção 9 “Sem informação”.

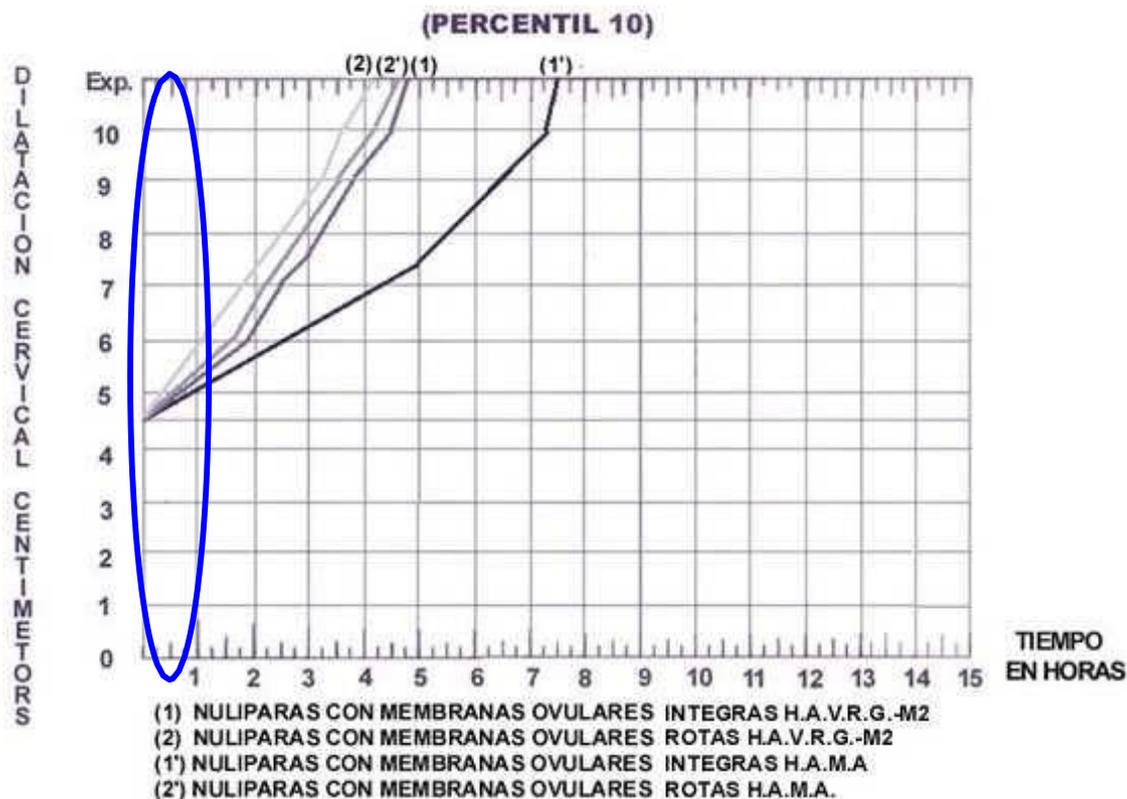
105. Presença de partograma no prontuário:

O partograma (Anexo IV) é uma ficha padrão para acompanhamento da evolução do trabalho de parto. Nele é registrada a hora do exame, a atividade uterina, o BCF, a dilatação, a posição da cabeça do bebê, se foi feita ruptura da bolsa e a característica do líquido amniótico, uso de ocitocina, etc.

106. Registro de dilatação do colo do útero no início do uso do partograma:

Ver a dilatação do colo uterino registrada no momento da abertura do partograma (primeiro registro da dilatação). No partograma verificar qual o valor correspondente ao primeiro registro e registrar o valor em centímetros na questão 107.

Exemplo: a dilatação será o número correspondente ao quadrado da primeira coluna. Neste caso 5.



108. Registro do número de toques no partograma:

Ver registro no partograma. O número de toques corresponde ao número de colunas marcadas.

110. Prescrição de ocitocina durante o trabalho de parto:

Ver na ficha de prescrição médica da mulher, na admissão em trabalho de parto ou na ficha de prescrição do momento de admissão no pré-parto;

111. Prescrição da ocitocina:

Geralmente registrada na prescrição como soro (glicosado ou fisiológico) 500ml + ocitocina 1 (uma) ampola (ou 5 UI) no soro – “x” gotas por minuto ou Ocitocina 5 UI – “X” μ UI/ ml/h.

Se houver prescrição registrar na questão 112 o número de ampolas, na 113 o número de gotas e na 114 a velocidade de infusão. Caso o número de ampolas esteja registrado com casas decimais deve-se considerar o número inteiro de ampolas. Ex: 1,5 = 1 ampola. Se não houver registro preencher com **99** (sem informação).

Atenção!: O registro será da primeira prescrição de ocitocina antes do parto.

115. Dilatação do colo do útero no início da administração da ocitocina:

A dilatação do colo do útero no início da administração da ocitocina pode estar registrada no partograma ou ainda na folha de evolução médica/enfermagem do trabalho de parto.

Se não houver registro preencher com **99 (sem informação)**.

116. Prescrição de analgésicos durante o trabalho de parto: Esta questão permite mais de uma opção

Se tiver sido prescrito analgésico durante o trabalho de parto podemos encontrar registros na folha de prescrição médica no pré-parto e também na folha de evolução médica do trabalho de parto.

Exemplos: dolantina, meperidina, petidina, buscopan, dipirona, etc..

117, 118, 119, 120, 121, 121.1, 122 e 123. Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor:

Descritos na folha de evolução médica/enfermagem – eventualmente na prescrição. Não considerar banho de chuveiro na admissão como método para alívio da dor no trabalho de parto.

125. Utilização de analgesia durante o trabalho de parto:

Muitas vezes registrada apenas na ficha de anestesia (impresso próprio preenchido pelo anestesista). Também pode estar na folha do partograma ou da evolução médica/enfermagem do trabalho de parto.

126. Ruptura de membranas durante o trabalho de parto /parto:

Pode acontecer espontaneamente (Ruptura Espontânea - RE) ou ser provocada artificialmente pelo profissional (Ruptura Artificial - RA). Pode estar na folha do partograma ou da evolução médica/enfermagem do trabalho de parto. Prestar atenção caso tenha dado entrada com bolsa rota.

127. Característica do líquido:

Característica do líquido na hora da ruptura:

Mecônio = esverdeado;

Sanguinolento = líquido com sangue;

Purulento/fétido = com mau odor;

128. Dilatação do colo do útero no momento da ruptura de membranas no partograma /prontuário:

Ver registro no partograma. Se não tiver partograma pode ser que haja registro da dilatação na hora da ruptura na ficha de evolução médica/enfermagem do trabalho de parto.

129. Há registro no prontuário de: Esta questão permite mais de uma opção

Para responder a esta questão procure a informação no prontuário (evolução médica/enfermagem do trabalho de parto) ou no partograma. Algumas vezes estará registrado na folha de indicação da cesariana. Se nenhuma das situações estiver descrita, marque a opção “Sem registro de alguma das alterações acima”.

Bloco 6: Dados da Assistência ao parto

130 e 131. Dia e hora do parto:

Pode estar na folha de parto, na folha de descrição da cirurgia, na folha de enfermagem e na cópia da declaração de nascido vivo que fica no prontuário.

132. O acompanhante estava presente no parto:

Provavelmente registrada na folha de enfermagem e nos serviços privados também pela cobrança de roupa extra para acompanhante. Note que há diferença entre acompanhamento DURANTE O TRABALHO DE PARTO e DURANTE O PARTO. Muitas unidades de saúde permitem acompanhante apenas durante o trabalho de parto, apesar de ser um direito da gestante.

133. Tipo de parto:

Pode estar na folha de parto, na folha/relatório de descrição da cirurgia, na folha de enfermagem e na cópia da declaração de nascido vivo que fica no prontuário. Atenção nos casos de gestação gemelar podendo ter um parto vaginal e um cesáreo, marque a opção **|_3_| (Vaginal (inclui fórceps) e cesárea).**

*QUANDO A RESPOSTA DESSA QUESTÃO FOR **|_1_|** (Vaginal (inclui fórceps)), O PROGRAMA PREENCHERA AUTOMATICAMENTE COM 8 OU 88 DA Q147 A Q155. RESPONDA DA Q134 ATÉ Q145 E DEPOIS VÁ MANUALMENTE PARA A Q130a, SEM ALTERAR AS MARCAÇÕES REALIZADAS AUTOMATICAMENTE.*

134. Uso de fórceps/vácuo extrator:

Esses instrumentos são ligados à cabeça do bebê para que ele possa ser retirado por via vaginal, no parto normal. Pode estar na folha/relatório de parto, na folha de descrição da cirurgia, na folha de

enfermagem e na cópia da declaração de nascido vivo que fica no prontuário.

135. Qual profissional assistiu o parto:

Essa informação pode ser encontrada na folha/relatório de parto ou na folha de descrição da cirurgia.

Se for residente, estudante de medicina ou enfermagem, considerar como profissional já formado. A opção estudante será para aqueles que ainda estão na graduação.

136. Posição da mulher no parto:

Pode estar na folha/relatório de parto ou na folha de descrição da cirurgia.

137. Horário do registro de dilatação total: (partograma ou prontuário)

Ver registro no partograma. Se não tiver partograma pode ser que haja registro do momento da dilatação total (início do período de expulsão) na ficha de evolução médica do trabalho de parto. Pode estar na folha/relatório de parto, na folha de descrição da cirurgia.

138. Duração do período expulsivo registrado no prontuário:

Tempo entre a dilatação total e o nascimento. Pode estar na folha/relatório de parto, na folha de descrição da cirurgia.

139. Realização de episiotomia:

Episiotomia é uma incisão efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto. Este registro pode estar na folha/relatório de parto, na folha de descrição da cirurgia, também pode estar no relato da enfermagem sobre as condições da mulher depois do parto.

140. Ocorrência de laceração vaginal/perineal:

1º Grau, 2º Grau, 3º Grau, 4º Grau ou Sem especificação

Pode estar na folha/relatório de parto, na folha de descrição da cirurgia, também pode estar no relato da enfermagem sobre as condições da mulher depois do parto.

Se houver só a informação de laceração, mas não houver informação se 1º, 2º, 3º ou 4º considerar “Sim, sem especificação”. Se não houver registro, marcar a opção “Não”, quer dizer, não houve laceração.

141. Registro de sutura vaginal/perineal ou episiorrafia ou cicatriz de episiotomia:

Episiorrafia = sutura dos grandes lábios, sutura de um períneo lacerado.

Pode estar na folha/relatório de parto, na folha de descrição da cirurgia, também pode estar no relato da enfermagem sobre as condições da mulher depois do parto.

142. Realização de manobra de Kristeller:

Kristeller, Técnica de Kristeller ou Manobra de Kristeller é a manobra de expressão no fundo do útero, utilizada durante as contrações do parto e que visa empurrar a criança em direção à vagina. É difícil estar relatada em prontuário. Pode estar na folha/relatório de parto, na folha de descrição da cirurgia, também pode estar no relato da enfermagem sobre as condições da mulher depois do parto.

143. Alguma complicação no parto e/ou pós-parto imediato:

Pode estar na folha/relatório de parto, na folha de descrição da cirurgia, na folha de evolução médica, também pode estar no relato da enfermagem sobre as condições da mulher depois do parto.

145. Utilização de anestesia:

Anestesia para o parto vaginal – pode ser que tenha sido realizada apenas a anestesia local ou anestesia do tipo bloqueio (raquianestesia e/ou peridural). Eventualmente pode ser feita uma anestesia geral do tipo sedação.

Bloco 7: Indicação de Cesariana**146. Informação do obstetra:**

A indicação da cesariana é baseada na descrição do obstetra. É possível verificar tal informação na folha/relatório de parto, folha de descrição da cirurgia, folha de evolução médica ou, ainda, no relato da enfermagem sobre as condições da mulher depois do parto. Pode ser anotado até 4 indicações (Q147, Q149, Q151 e Q153), sendo que tal preenchimento deverá ser feito **na mesma ordem** da folha de descrição (por exemplo: DPP + sofrimento fetal + prematuridade). Neste caso a primeira informação será DPP, a segunda Sofrimento fetal, a terceira Prematuridade. Se só houver uma indicação, nas seguintes marcar “Sem informação no prontuário”. Na análise dos dados saberemos que apenas uma indicação foi informada. Se não houver nenhuma informação no prontuário selecionar a opção “sem informação no prontuário” nas questões 147, 149, 151 e 153.

155. Tipo de anestesia

No caso de cesariana pode ser que tenha sido realizada anestesia do tipo bloqueio (raquianestesia e/ou peridural) isoladamente ou combinada com algum tipo de sedação. Eventualmente pode ser feita uma anestesia geral. Esta informação é encontrada na folha do anestesista.

Bloco 8: Dados sobre Near Miss Materno

São informações sobre situações maternas de gravidade suficiente para trazer risco de morte para a mulher. Seu registro é fundamental. Os dados podem estar descritos na ficha de internação se a mulher já chegou com alguma complicação; podem estar na evolução do trabalho de parto e/ou na hora da realização da cesariana e também no puerpério imediato; podem estar na evolução da enfermagem ou na evolução da recuperação anestésica, evolução da UI ou CTI e, se a mulher tiver sido avaliada por um clínico podem estar descritos nesta avaliação.

156. Apresentou alguma das seguintes alterações clínicas, em algum momento da internação:

Marcar Sim ou Não para as questões 157 a 167.

168. Apresentou alguma das seguintes alterações laboratoriais, em algum momento da internação:

Marcar Sim ou Não para as questões 169 a 176. Procurar na ficha de evolução ou resultado dos exames.

177. Realizou algum dos seguintes tratamentos, em algum momento da internação:

Marcar Sim ou Não para as questões 178 a 183.

Blocos 9/ 11/ 13/ 15: Dados do recém-nato – 1ª parte (para até 4 gemelares)

ATENÇÃO! No caso de gemelar (dois ou mais RN), preencher uma ficha para cada recém-nascido.

A numeração abaixo é referente apenas ao bloco 9 (1º gemelar ou gestação única).

184. Nº do prontuário do recém-nato:

Copiar o número do prontuário idêntico como registrado na folha do prontuário, com traço, ponto, vírgula... Se o instrumento preenchido for a **versão de papel** copiar o número do prontuário da direita para esquerda e caso sobre alguma casela à esquerda preencher com **0000**. Quando não houver registro do prontuário preencher com **99999 (sem informação)**. Caso o RN não fique internado ele não terá um número de prontuário próprio, neste caso preencher essa questão com **8888 (não se aplica)**.

185. Número da Declaração de Nascido Vivo:

Se não constar o número da DNV preencher com **9999 (sem informação)**.

Questões 188, 191, 194 e 197

Embora já se tenha feito o preenchimento da idade gestacional anteriormente, objetivam-se neste campo registrar as informações descritas na folha ou prontuário do RN.

Se nascimento com menos de 22 semanas selecionar 22

Se nascimento maior que 42 semanas selecionar 42.

Para as questões 194 e 197 registrar os dados apenas quando houver descrição do método utilizado, se não houver referência do método aplicado preencher o campo com **99 (sem informação)**.

Mais uma vez chamamos a atenção para o caso de uma variável que pode ser aferida por vários métodos. A ausência de informação por um método não significa qualidade ruim do prontuário. No momento da análise isto será identificado.

200. Se parto cesariano, informar as indicações constante na folha ou prontuário do RN:

O campo poderá ser preenchido com até 4 opções, desde que atenda a ordem cronológica descrita no prontuário, ou seja, utilize as questões 201 para descrever a 1ª informação, 203 para a 2ª informação, 205 para a 3ª informação e 207 para a 4ª informação.

201, 203, 205 e 207

Se não houver registro da indicação da cesariana preencher com **9 (sem informação)** no caso de utilizar o instrumento de coleta impresso ou selecionar a opção **sem informação no prontuário** na versão digital. Se a puérpera tiver realizado somente parto vaginal o sistema preencherá automaticamente com **88/8(nãoseaplica)**, **responda a partir da Q209.**

209 e 210. Índice de Apgar no 1º minuto e 5º minuto:

Escala ou Índice de Apgar é um teste que consiste na avaliação de cinco sinais objetivos (frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele) do recém-nascido no primeiro, no quinto e no décimo minuto após o nascimento, sendo utilizado para avaliar as condições dos recém-nascidos. **O índice pode variar de 0 a 10.**

Blocos 10/ 12/ 14/ 16: Dados do recém-nato – 2ª parte (para até 4 gemelares)

ATENÇÃO! No caso de gemelar (dois ou mais RN), preencher uma ficha para cada recém-nascido.

A numeração abaixo é referente apenas ao bloco 10 (1º gemelar ou gestação única).

211. Manobras de reanimação na sala de parto:

Registre Sim (1) ou Não (0) para cada tipo de manobra realizada. Se houver relato de alguma outra manobra que não esteja dentre as alternativas, registre Sim (1) na questão 217 “Outros” e descreva-a na questão 218.

219. Outros procedimentos realizados na primeira hora após o nascimento:

Registre Sim (1) ou Não (0) para cada item deste campo. Questões 220 a 226. Se tiver um carimbo “rotina de procedimentos/cuidados neonatal” será preciso saber qual é esta rotina.

227. Utilização de oxigênio após o nascimento:

Registre Sim (1) ou Não (0) para cada item deste campo. Preencher com Não (0) quando não houver registro de utilização de oxigênio após o nascimento. Dentre os tipos de utilização de oxigênio têm-se:

Hood ou circulante: considerar circulante cateter nasal de O₂;

CPAP: (*Continuous Positive Airway Pressure*- Pressão Positiva Contínua em Vias Aéreas);

Ventilação mecânica.

232. Se bebê nasceu prematuro, com 36 semanas de idade gestacional corrigida ainda estava em

oxigenioterapia (de qualquer tipo):

O objetivo desta pergunta é saber se com 36 semanas de idade gestacional corrigida, o RN ainda estava em oxigenioterapia. O cálculo da IG corrigida é feito a partir da informação da idade gestacional ao nascer, calculada pelo pediatra, que pode ser pela DUM, USG ou Capurro (questões 188, 191 ou 194, considerando esta sequência para o uso da informação sobre IG). A correção é feita somando ao número de dias ou semanas de vida à idade gestacional ao nascer. Por exemplo, bebê nasceu com 33 semanas e tem 12 dias de vida. Neste caso ele tem mais 1 semana e 5 dias, logo a IG corrigida é igual a 34 semanas e 5 dias. Uma vez, calculada a IG corrigida, ver se o bebê ainda está em oxigenioterapia. **A opção no caso deste exemplo é: não, ainda não atingiu 36 semanas.**

Se ao fazer a correção e a IG corrigida atingir 36 semanas, as opções poderão ser SIM ou NÃO. Se o RN nasceu a termo, esta pergunta não se aplica, logo marque a primeira opção “RN nasceu a termo”.

235. Utilização de surfactante:

Exemplos mais comuns de surfactantes que podem estar descritos no prontuário: Exosurf (sintético), Curosurf (natural), Survanta (natural) e Alveofact (natural).

239. Nível máximo de bilirrubina nas primeiras 72h de vida:

Registrar o **valor máximo** de bilirrubina descrito no prontuário no período que compreende **até 72h após o nascimento**.

240. Apresentou malformação congênita?

Defeitos congênitos, malformações congênitas e anomalias congênitas são termos usados para descrever defeitos do desenvolvimento presentes na ocasião do nascimento. As malformações podem ser estruturais, funcionais, metabólicas, comportamentais e/ou hereditárias (**Anexo II**).

241. Outros diagnósticos durante a internação:

Registre Sim (1) ou Não (0) para cada item deste campo. Se houver relato de algum outro diagnóstico que não esteja dentre as alternativas, registre Sim (1) na questão 254 “Outros” e descreva-o na questão 255.

256. Uso de aleitamento materno exclusivo:

Entende-se por **Aleitamento materno exclusivo**, também descrito como SME (Seio Materno Exclusivo), o bebê que recebeu **apenas leite materno** como alimento desde o nascimento. Registre Sim (1) ou Não (0) de acordo com a prescrição no prontuário. Se Sim (1), faça o registro no campo e vá para questão 258.

257. Outros alimentos que recebeu durante a internação: Esta questão permite mais de uma opção

Leite artificial também pode ser descrito como “Complemento” ou, ainda, pelo nome comercial do leite (Ex.: Nan, Aptamil, Pregomim, Bebelac, Soylac...). Nutrição parenteral (NPT) é descrita normalmente com a quantidade de nutrientes (calorias, proteínas, carboidratos e lipídios) prescritos e indicação da via parenteral como via de acesso do alimento.

258. Tipo de Saída:

Informar se o bebê continua internado aos 28 dias de vida, recebeu alta, óbito ou se foi transferido para outro hospital. Se o bebê continua internado aos 28 dias de vida, registre a informação e prossiga a coleta de dados a partir do campo 264. Se foi transferido vá para questão 260.

259. Data da saída:

Registrar a data da saída hospitalar do bebê que recebeu alta ou evoluiu para óbito. Este campo não é preenchido para os RN que permaneceram internados ou que foram transferidos para outro hospital.

ATENÇÃO: Para os bebês que foram transferidos deve-se responder as questões 260, 260.1, 260.2 e 260.3 e 260.4 e depois prosseguir para questão 264.

Caso a data da alta, transferência, saída à revelia ou óbito esteja incompleta, registre | 0 | 9 | / | 0 | 9 | / | 9 | 9 | | 9 | 9 | (sem informação) no campo em questão e anote as informações que existem sobre essa data no campo de observações no final do questionário, depois dê prosseguimento a coleta de dados do prontuário. Lembre sempre de referenciar qual a questão que esta sendo anotada no campo de observações.

260. Hospital para onde foi transferido (nome - cidade - estado):

Informar detalhadamente o hospital de transferência. Esta informação é muito importante para o resgate das informações neste hospital e, conseqüentemente, encerramento da coleta.

260.1 Motivo da transferência

Informar os motivos conforme constam no prontuário (evolução médica ou de enfermagem).

260.2. Data da transferência

Informar a data em que foi transferido do hospital de nascimento para outro hospital. Deve estar registrado no prontuário.

Caso a data da transferência, esteja incompleta, registre | 0 | 9 || 0 | 9 || 9 | 9 || 9 | 9 | (sem informação) no campo em questão e anote as informações que existem sobre essa data no campo de observações no final do questionário, depois dê prosseguimento a coleta de dados do prontuário. Lembre sempre de referenciar qual a questão que esta sendo anotada no campo de observações.

260.3 Tipo de saída do hospital para onde foi transferido

Esta informação nos permitirá encerrar a coleta de dados. As opções possíveis são “continua internado aos 28 dias de vida”, “alta” ou “óbito”.

Nas raras situações do RN ser transferido para mais de uma unidade de saúde, as questões 260, 260.1 e 260.2 são relativas ao primeiro hospital para onde foi transferido e as questões 260.3 e 260.4 vão se referir ao último hospital.

260.4 Data da saída do hospital para onde foi transferido

Este dado será coletado no hospital para onde foi transferido.

Caso a data da alta ou óbito esteja incompleta, registre | 0 | 9 || 0 | 9 || 9 | 9 || 9 | 9 | (sem informação) no campo em questão e anote as informações que existem sobre essa data no campo de observações no final do questionário, depois dê prosseguimento a coleta de dados do prontuário. Lembre sempre de referenciar qual a questão que esta sendo anotada no campo de observações.

261. Em caso de óbito, causas registradas no prontuário: Esta questão permite mais de uma opção

Registre as alternativas de acordo com a descrição no prontuário. Se houver relato de alguma outra causa que não esteja dentre as alternativas, registre Sim (1) no campo “Outros” e descreva-o na questão 262.

263. Número da declaração de óbito:

Essa informação será a partir da cópia rosa da declaração de óbito que fica no prontuário do bebê. Caso esta cópia não esteja disponível no prontuário, completar o campo com 9999.

265. Observações

Se não houver observações escrever: “Não há maiores observações”.

ANEXO F – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA POR TELEFONE 43 A 60 DIAS APÓS O PARTO**INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA POR TELEFONE 43 A 60 DIAS APÓS O PARTO**

*Boa noite, meu nome é **MARIA** e faço parte da equipe de pesquisa *Nascer no Brasil*, da Fundação Oswaldo Cruz, do Ministério da Saúde. Eu gostaria de falar com a sra **CONCEIÇÃO**, ela está?*

*A sra contribuiu para a nossa pesquisa logo após o seu parto na **MATERNIDADE SANTA RITA**. Naquela época a sra foi informada que entraríamos em contato para saber como estão passando a sra e seu bebê. A sra poderia me responder algumas perguntas agora? Demora no máximo 10 minutos.*

BLOCO I - Identificação da puérpera e dados da internação para o parto**Nome:****Idade:****Tipo de Gestação:** 1 única 2 gemelar 3 trigemelar**Tipo de Parto:** 1 Norma 2 cesárea 3 forcipe**Maternidade:****Data do parto:****Situação da Mãe:** 1 normal 2 near miss* 3 óbito

***Morbidade materna grave**- transferência UTI/ hemorragia grave/ desordens hipertensivas com deteriorização do quadro/ embolia pulmonar/ disfunção aguda de órgãos (Cad. Saúde Pública vol.22 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2006)

Data da Alta da Mãe:**Nome Bebê 1:****Situação do bebe 1 ao nascimento:** 1 normal 2 near miss* 3 (óbito)

***peso inferior a 1500g/ apgar 5 min < 7/ ventilação mecânica/ IG inferior a 32 sem/ malformação congênita** (Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S220-S231, 2014)

Tipo de alta do Bebê 1: vivo 2 óbito

Data da Alta/Óbito Bebê 1:

Nome Bebê 2:

Situação do bebe 2 ao nascimento: 1 normal 2 near miss* 3 (óbito)

***peso inferior a 1500g/ apgar 5 min < 7/ ventilação mecânica/ IG inferior a 32 sem/ malformação congênita** (Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S220-S231, 2014)

Tipo de alta do Bebê 2: vivo 2 óbito

Data da Alta/Óbito Bebê 2:

Atenção entrevistador: LEIA SEMPRE TODAS AS OPÇÕES DE RESPOSTA E MARQUE A OPÇÃO RESPONDIDA PELA ENTREVISTADA. AS PERGUNTAS QUE PERMITEM MAIS DE UMA OPÇÃO DE RESPOSTA ESTÃO ASSINALADAS ENTRE PARÊNTESES.

Bloco II - Avaliação do *Near Miss* materno

As perguntas que iremos fazer agora se referem a problemas de saúde que você possa ter tido durante a gestação, o parto ou até 42 dias depois do parto.

(Não perguntar qual foi o problema. Aplicar as perguntas abaixo caso a gestante relate qualquer problema de saúde durante a gestação, parto ou pós-parto)

1. A Sra. teve algum tipo de problema de saúde durante a gravidez, o parto ou até 42 dias depois do parto? 0. Não (vá para o bloco III) 1. Sim	__
2. A Sra. teve algum desmaio por causa deste problema de saúde? 0. Não 1. Sim	__
3. A Sra. precisou ser internada por causa deste problema de saúde? 0. Não (vá para a questão 9) 1. Sim 2. Já estava internada	__
4. Essa internação durou mais de uma semana? 0. Não 1. Sim	__
5. Seu útero foi retirado por causa deste problema de saúde? 0. Não 1. Sim	__
6. A Sra. teve que ser transferida para outro hospital com mais recursos durante essa internação? 0. Não 1. Sim	__

7. A Sra. foi internada na UTI, durante essa internação?	0. Não 1. Sim	__
8. A Sra. precisou de aparelhos para respirar durante essa internação?	0. Não 1. Sim	__
9. A Sra. teve aumento da pressão durante a gravidez?	0. Não 1. Sim	__
10. A Sra. teve convulsões durante a gravidez, o parto ou após o parto?	0. Não (vá para a questão 12) 1. Sim	__
11. A Sra. já havia apresentado convulsões antes, sem relação com a gravidez?	0. Não 1. Sim	__
12. A Sra. apresentou sangramento vaginal INTENSO (acima do normal) que molhou as suas roupas, a cama ou o chão durante a gravidez ou após o parto?	0. Não (vá para questão 14) 1. Sim	__
13. A Sra. recebeu transfusão de sangue por causa desse sangramento?	0. Não 1. Sim	__
14. A Sra. teve febre alta <u>após o parto</u> ?	0. Não (vá para o bloco III) 1. Sim	__
15. Esta sua febre veio com calafrios?	0. Não 1. Sim	__
16. Essa febre veio acompanhada de um corrimento muito mal cheiroso?	0. Não 1. Sim	__

Bloco III. Satisfação com o atendimento hospitalar

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

17. Na sua internação para o parto, como a Sra avalia o tempo gasto com o deslocamento da sua casa até a maternidade? 1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	__
18. Na sua internação para o parto, como a Sra avalia o tempo de espera desde que chegou na maternidade até ser atendida? 1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	__
19. Na sua internação para o parto, como a Sra. avalia o respeito dos profissionais ao recebê-la e ao falar com a Sra? 1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	__

<p>20. Receber um tratamento respeitoso significa ter os exames realizados de maneira respeitosa. Na sua internação para o parto, como a Sra avalia a maneira como sua intimidade foi respeitada durante o exame físico e o atendimento (por exemplo, durante os toques e o atendimento ao parto?)</p> <p>1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo</p>	__
<p>21. Na sua internação para o parto, como a Sra avalia a clareza com que os profissionais de saúde explicaram as coisas para a Sra? 1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo</p>	__
<p>22. Na sua internação para o parto, como a Sra avalia o tempo disponível para fazer perguntas sobre a sua saúde ou o seu tratamento?</p> <p>1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo</p>	__
<p>23. Na sua internação para o parto, como a Sra avalia a possibilidade de participar junto com a equipe de saúde das decisões sobre o seu trabalho de parto e o parto?</p> <p>1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo</p>	
<p>24. Na sua internação para o parto, a Sra. considera que foi vítima de algum maltrato ou outra forma de violência por parte dos profissionais, como (pode ter mais de uma resposta) <i>LER TODOS OS ITENS</i></p> <p>1.Não</p> <p>2.Violência verbal (algum profissional gritou ou xingou a Sra.)</p> <p>3. Violência psicológica (algum profissional a ameaçou, humilhou ou se negou a atendê-la ou oferecer algum tipo de alívio para dor)</p> <p>4. Violência física (algum profissional a empurrou, machucou ou fez exame de toque de forma dolorosa)</p>	__ __ __
<p>25. Na sua opinião, o atendimento ao seu parto foi:</p> <p>1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo</p>	__
<p>26. Na sua opinião, os cuidados e as orientações que a Sra. recebeu depois do parto até a alta da maternidade foram:</p> <p>1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo</p>	__
<p>27. Na sua opinião, o atendimento ao bebê na maternidade onde ele nasceu foi:</p> <p>1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo</p>	__

Bloco IV– Morbidade materna e utilização de serviços

Agora faremos algumas perguntas sobre alguns problemas que a Sra pode ter tido nos primeiros dias após o nascimento do (nome do bebê)

<p>Atenção: apenas para as mulheres que tiveram parto vaginal ou a fórcepe</p> <p>28. Nas duas primeiras semanas após o parto, a Sra. teve dor nos pontos que levou no períneo/vagina?</p> <p>0. Não teve dor 1. Dor fraca 2. Dor forte 3. Dor muito forte 4. Dor insuportável 8. Não levou pontos</p>	__
<p>Atenção: apenas para as mulheres que tiveram parto cesáreo</p> <p>29. Nas duas primeiras semanas após a cesariana, a Sra. teve dor nos pontos da cirurgia?</p> <p>0. Não teve dor 1. Dor fraca 2. Dor forte 3. Dor muito forte 4. Dor insuportável</p>	__
<p>30. Nas duas primeiras semanas após o parto a Sra. teve dor nas mamas ou no bico do seio?</p> <p>0. Não teve dor 1. Dor fraca 2. Dor forte 3. Dor muito forte 4. Dor insuportável</p>	__
<p>31. Atualmente a Sra. tem se sentido cansada, sem energia?</p> <p>0. Não 1. Um Pouco Cansada 2. Cansada 3. Muito Cansada 4. Exausta</p>	__
<p>32. A Sra tem tido perda de urina? (SE SIM LER COMO É A PERDA)</p> <p>0. Não 1. Sim quando tusso / espirro ou outro esforço; 2. Sim quando bexiga cheia corro e urino no caminho do banheiro (caso afirmativo 1 ou 2 preencher o escore no fim do questionário);</p> <p>33. ICIQ- escore (caso não perca colocar 0)</p>	__
<p>As perguntas 34 a 37 só devem ser aplicadas para mulheres com alta da maternidade antes de 7 dias após o parto). Caso contrário vá para o Bloco V.</p> <p>34. A sra. foi orientada a comparecer a um serviço de saúde para realizar a consulta de revisão do parto, num período de 7 a 10 dias após o parto?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	__
<p>35. A sra. procurou algum serviço de saúde para a consulta de revisão do parto?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para o bloco V) 1. Sim</p>	__
<p>36. A sra. conseguiu ser atendida?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para o bloco V) 1. Sim</p>	__
<p>37. Quando foi feito esse atendimento?</p> <p>1. Nos primeiros quinze dias após o parto 2. Mais de 15 dias após o parto 9. Não lembra</p>	__

Bloco V- Avaliação do bebê**(No caso de gestação gemelar, aplicar um bloco para cada gemelar)**

Agora iremos fazer algumas perguntas sobre a saúde do(a) (nome do bebê) desde o nascimento até hoje

<p>38. O (nome bebê) está morando com a sra.?</p> <p>1. Não, faleceu (passar para Bloco VI, referente ao óbito do recém-nato)</p> <p>2. Não, está morando com outra pessoa (responder a 39)</p> <p>3. Não, está internado desde o nascimento (encerrar a entrevista)</p> <p>4. Não, foi re-internado (vá para 40)</p> <p>5. Sim (vá para 40)</p>	__
<p>39. A sra. poderia responder outras perguntas sobre o (nome do Bebê)?</p> <p>0. Não (encerrar a entrevista) 1. Sim</p>	__
<p>40. A sra. sabe qual era o peso do (nome bebê) quando ele recebeu alta da maternidade?</p> <p style="text-align: center;">(Não sabe informar 9999)</p>	__ __ __ __ g
<p>41. O (a) (nome do bebê) saiu da maternidade mamando só no peito?</p> <p>0. Não 1. Sim (vá para questão 43)</p>	__
<p>42. Por que não estava só no peito? (Não ler as opções; pode ter mais de uma resposta)</p> <p>1. Porque a Sra. apresentou algum problema de saúde</p> <p>2. Porque o bebê apresentou algum problema de saúde</p> <p>3. Porque era rotina do hospital e passaram outro leite</p> <p>4. Porque a Sra. tinha pouco leite/leite fraco/bebê não pegou</p> <p>5. Porque a Sra. não queria amamentar</p> <p>6. Por outro motivo. Qual _____</p>	__ __ __
<p>43. De ontem de manhã até hoje de manhã, o (a) (nome do bebê) mamou no peito?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	__
<p>44. De ontem de manhã até hoje de manhã, o (a) (nome do bebê) tomou outro leite?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	__
<p>45. De ontem de manhã até hoje de manhã, o (a) (nome do bebê) tomou água, chá ou suco?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	__

<p>46. Atenção: apenas se a resposta da questão 44 OU 45 for sim, perguntar: Em qual tipo de utensílio o bebê tomou OUTRO LEITE, água, chá ou suco? (pode ter mais de uma resposta)</p> <p>1. Mamadeira 2. Copinho 3. Outro. Qual _____</p>	__
<p>47. Depois da saída da maternidade, algum PROFISSIONAL DE SAÚDE falou para você dar outro leite, além do leite materno?</p> <p>0. Não (vá para a questão 49) 1. Sim</p>	__
<p>48. Qual profissional de saúde orientou a Sra. dar outro leite para o (a) (nome do bebê)?</p> <p>1. Pediatra 2. Outro médico 3. Enfermeira 4. Agente de saúde</p> <p>Outro profissional – Qual? _____</p>	__ __
<p>49. A Sra. já levou o (a) (nome do bebê) para a consulta de rotina de acompanhamento (sem contar consulta de urgência) ?</p> <p>0. Não (vá para 52) 1. Sim</p>	__
<p>50. A Sra. conseguiu que ele(a) fosse atendido(a)?</p> <p>0. Não (vá para questão 49) 1. Sim</p>	__
<p>51. Quando foi realizada a primeira consulta de rotina de acompanhamento?</p> <p>1. Na 1ª semana de vida 2. Na 2ª semana de vida 3. Na 3ª semana de vida</p> <p>4. Na 4ª semana de vida 5. Com mais de 1 mês 9. Não sabe informar</p>	__
<p>52. O (nome do bebê) já foi vacinado com a BCG (aquela aplicada no braço)?</p> <p>0. Não 1. Sim 9. NSI</p>	__
<p>53. O (nome do bebê) já recebeu a vacina contra a hepatite B (aplicada na coxa)?</p> <p>0. Não 1. Sim 9. NSI</p>	__
<p>54. Já foi feito o teste do pezinho?</p> <p>0. Não (vá para questão 57) 1. Sim 9. NÃO SEI (vá para questão 57)</p>	__

<p>55. Quando foi feito o teste do pezinho?</p> <p>1. Na 1ª semana de vida 2. Na 2ª semana de vida 3. Na 3ª semana de vida</p> <p>4. Na 4ª semana de vida 5. Com mais de 1 mês 9. Não sabe informar</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>56. A Sra. já recebeu o resultado do teste do pezinho?</p> <p>0. Não 1. Sim, na 1ª semana de vida 2. Sim, na 2ª semana de vida</p> <p>3. Sim, na 3ª semana de vida 4. Sim, na 4ª semana de vida</p> <p>5. Sim, com mais de 1 mês</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>57. O(a) (nome do bebê) teve algum problema de saúde após a alta? (<i>pode ter mais de uma resposta</i>)</p> <p>0. Não</p> <p>1. Ficou amarelo (icterícia)</p> <p>2. Teve infecção</p> <p>3. Teve febre (sem ser por causa de vacina)</p> <p>4. Perdeu muito peso</p> <p>5. Teve refluxo</p> <p>6. Teve problema respiratório</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p> <p style="text-align: center;"> _ </p> <p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>7. Teve diarreia/desidratação</p> <p>8. Outro problema. Qual? _____</p>	
<p>58. O(a) (nome do bebê) precisou de banho de luz artificial depois da alta da maternidade?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim 2. NÃO SEI INORMAR</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>59. Depois da alta da maternidade, alguma vez o (a) (nome do bebê) foi internado (por 24h ou mais) por algum problema de saúde?</p> <p>0. Não (<i>Encerrar a entrevista</i>) Sim, quantas vezes? _____</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p>

<p>60. Qual foi o motivo da <u>última internação</u>? (<i>pode ter mais de uma resposta</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ficou amarelo (icterícia) 2. Teve infecção 3. Teve febre (sem ser por causa de vacina) 4. Perdeu muito peso 5. Teve refluxo 6. Teve problema respiratório 7. Teve diarreia/desidratação 8. Outro problema. Qual? _____ 	<p style="text-align: center;"> __ __ __ </p>
<p>61. Por quanto tempo o (a) (nome do bebê) permaneceu internado(a) na <u>última internação</u>?</p>	<p style="text-align: center;"> __ __ dias __ semanas __ mês</p>
<p>62. Onde o (a) (nome do bebê) foi internado na <u>última vez</u>?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Na mesma maternidade onde ocorreu o parto 2. UPA (Unidade de Pronto Atendimento) 3. Pronto- socorro ou emergência de hospital público 4. Pronto- socorro ou emergência de hospital privado 5. Hospital público do seu município 6. Hospital público de outro município 7. Hospital privado 8. Outro – especifique: _____ 	<p style="text-align: center;"> __ </p>

***Se Q38 ≠ 1 (para todos os filhos – ver a questão dos gêmeos); Encerre**

Bloco VI – Dados do óbito do bebê

Apenas para os bebês que morreram após alta da maternidade onde ele nasceu (Q38=1) OS OBITOS NA INTERNACAO NÃO PRECISA PERGUNTAR MAIS NADA

<p>63. Quando o bebê faleceu?</p>	<p style="text-align: center;">__/__/__</p>
<p>64. A que horas ele faleceu?</p>	<p style="text-align: center;"> __ __ h __ __ min</p>
<p>65. Em que local ocorreu o óbito?</p> <p>0. Em casa 1. No caminho para o hospital/serviços de saúde</p> <p>2. No hospital/serviço de saúde – Nome: _____</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>

66. A Sra. recebeu o atestado de óbito? 0. Não 1. Sim	__
67. Qual foi a causa da morte do seu bebê? 1. Problemas por ser prematuro 2. Problema na respiração 3. Problema no coração 4. Infecção 5. Malformação congênita 6. Diarréia/Desidratação 7. Problema no sangue 8. Outra causa. Qual? _____	__ __ __ __

Caso tenha 2 gemelar repetir as perguntas para o segundo bebe!!!

38. O (nome bebê) está morando com a sra.? 6. Não, faleceu (passar para Bloco VI, referente ao óbito do recém-nato) 7. Não, está morando com outra pessoa (responder a 37) 8. Não, está internado desde o nascimento (encerrar a entrevista) 9. Não, foi re-internado (vá para 40) 10. Sim (vá para 40)	__
39. A sra. poderia responder outras perguntas sobre o (nome do Bebê)? 0. Não (encerrar a entrevista) 1. Sim	__
40. A sra. sabe qual era o peso do (nome bebê) quando ele recebeu alta da maternidade? <p style="text-align: center;">(Não sabe informar 9999)</p>	_ _ _ _ _ _ _ _ _ g
41. O (a) (nome do bebê) saiu da maternidade mamando só no peito? 0. Não 1. Sim (vá para questão 43)	__
42. Por que não estava só no peito? (Não ler as opções; pode ter mais de uma resposta) 6. Porque a Sra. apresentou algum problema de saúde 7. Porque o bebê apresentou algum problema de saúde 8. Porque era rotina do hospital e passaram outro leite 9. Porque a Sra. tinha pouco leite/leite fraco/bebê não pegou 10. Porque a Sra. não queria amamentar 6. Por outro motivo. Qual _____	__ __ __

<p>43. De ontem de manhã até hoje de manhã, o (a) (nome do bebê) mamou no peito?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	__
<p>44. De ontem de manhã até hoje de manhã, o (a) (nome do bebê) tomou outro leite?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	__
<p>45. De ontem de manhã até hoje de manhã, o (a) (nome do bebê) tomou água, chá ou suco?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	__
<p>46. Atenção: apenas se a resposta da questão 44 E 45 for sim, perguntar: Em qual tipo de utensílio o bebê tomou OUTRO LEITE, água, chá ou suco? (pode ter mais de uma resposta)</p> <p>4. Mamadeira 5. Copinho 6. Outro. Qual _____</p>	__
<p>47. Depois da saída da maternidade, algum PROFISSIONAL DE SAÚDE falou para você dar outro leite, além do leite materno?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para a questão 49) 1. Sim</p>	__
<p>48. Qual profissional de saúde orientou a Sra. dar outro leite para o (a) (nome do bebê)?</p> <p>1. Pediatra 2. Outro médico 3. Enfermeira 4. Agente de saúde</p> <p>Outro profissional – Qual? _____</p>	__ __
<p>49. A Sra. já levou o (a) (nome do bebê) para a consulta de rotina de acompanhamento (sem contar consulta de urgência) ?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 52) 1. Sim</p>	__
<p>50. A Sra. conseguiu que ele(a) fosse atendido(a)?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para questão 49) 1. Sim</p>	__
<p>51. Quando foi realizada a primeira consulta de rotina de acompanhamento?</p> <p>1. Na 1ª semana de vida 2. Na 2ª semana de vida 3. Na 3ª semana de vida</p> <p>4. Na 4ª semana de vida 5. Com mais de 1 mês 9. Não sabe informar</p>	__

<p>52. O (nome do bebê) já foi vacinado com a BCG (aquela aplicada no braço)?</p> <p>0. Não 1. Sim 9. NSI</p>	<p> __ </p>
<p>53. O (nome do bebê) já recebeu a vacina contra a hepatite B (aplicada na coxa)?</p> <p>0. Não 1. Sim 9. NSI</p>	<p> __ </p>
<p>54. Já foi feito o teste do pezinho?</p> <p>0. Não (vá para questão 57) 1. Sim 9. NSI (vá para questão 57)</p>	<p> __ </p>
<p>55. Quando foi feito o teste do pezinho?</p> <p>1. Na 1ª semana de vida 2. Na 2ª semana de vida 3. Na 3ª semana de vida</p> <p>4. Na 4ª semana de vida 5. Com mais de 1 mês 9. Não sabe informar</p>	<p> __ </p>
<p>56. A Sra. já recebeu o resultado do teste do pezinho?</p> <p>0. Não 1. Sim, na 1ª semana de vida 2. Sim, na 2ª semana de vida</p> <p>3. Sim, na 3ª semana de vida 4. Sim, na 4ª semana de vida</p> <p>5. Sim, com mais de 1 mês</p>	<p> __ </p>
<p>57. O(a) (nome do bebê) teve algum problema de saúde após a alta? (pode ter mais de uma resposta)</p> <p>4. Não</p> <p>5. Ficou amarelo (icterícia)</p> <p>6. Teve infecção</p> <p>7. Teve febre (sem ser por causa de vacina)</p> <p>4. Perdeu muito peso</p> <p>7. Teve refluxo</p> <p>8. Teve problema respiratório</p>	<p> __ </p> <p> __ </p> <p> __ </p>
<p>9. Teve diarreia/desidratação</p> <p>10. Outro problema. Qual? _____</p>	
<p>58. O(a) (nome do bebê) precisou de banho de luz artificial depois da alta da maternidade?</p> <p>0. Não 1. Sim 2. NSI</p>	<p> __ </p>
<p>59. Depois da alta da maternidade, alguma vez o (a) (nome do bebê) foi internado (por 24h ou mais) por algum problema de saúde?</p> <p>0. Não (Encerrar a entrevista) Sim, quantas vezes? _____</p>	<p> __ __ </p>

<p>60. Qual foi o motivo da <u>última internação</u>? (<i>pode ter mais de uma resposta</i>)</p> <p>9. Ficou amarelo (icterícia)</p> <p>10. Teve infecção</p> <p>11. Teve febre (sem ser por causa de vacina)</p> <p>12. Perdeu muito peso</p> <p>13. Teve refluxo</p> <p>14. Teve problema respiratório</p> <p>15. Teve diarreia/desidratação</p> <p>16. Outro problema. Qual? _____</p>	<p> __ </p> <p> __ </p> <p> __ </p>
<p>61. Por quanto tempo o (a) (nome do bebê) permaneceu internado(a) na <u>última internação</u>?</p>	<p> __ __ dias</p> <p> __ semanas</p> <p> __ mês</p>
<p>62. Onde o (a) (nome do bebê) foi internado na <u>última vez</u>?</p> <p>9. Na mesma maternidade onde ocorreu o parto</p> <p>10. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)</p> <p>11. Pronto- socorro ou emergência de hospital público</p> <p>12. Pronto- socorro ou emergência de hospital privado</p> <p>13. Hospital público do seu município</p> <p>14. Hospital público de outro município</p> <p>15. Hospital privado</p> <p>16. Outro – especifique: _____</p>	<p> __ </p>

**Se Q38 ≠ 1 (para todos os filhos – ver a questão dos gêmeos); Encerre*

Bloco VI – Dados do óbito do bebê

Apenas para os bebês que morreram após alta da maternidade onde ele nasceu (Q38=1)

<p>63. Quando o bebê faleceu?</p>	<p>___/___/___</p>
<p>64. A que horas ele faleceu?</p>	<p> __ __ h</p> <p> __ __ min</p>
<p>65. Em que local ocorreu o óbito?</p> <p>0. Em casa 1. No caminho para o hospital/serviços de saúde</p> <p>2. No hospital/serviço de saúde – Nome: _____</p>	<p> __ </p>

66. A Sra. recebeu o atestado de óbito?	0. Não 1. Sim	__
67. Qual foi a causa da morte do seu bebê? 9. Problemas por ser prematuro 10. Problema na respiração 11. Problema no coração 12. Infecção 13. Malformação congênita 14. Diarréia/Desidratação 15. Problema no sangue 16. Outra causa. Qual? _____	__ __ __ __	

Chegamos ao final da entrevista e gostaríamos de agradecer a sua participação. Suas informações serão muito importantes para melhorar a qualidade do atendimento às mulheres durante a gestação, o parto e no pós parto, assim como aos seus bebês. Muito obrigada!

ANEXO G – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA POR TELEFONE 6 A 8 MESES APÓS O PARTO

INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA POR TELEFONE 6 A 8 MESES APÓS O PARTO

BLOCO I - Identificação da puérpera e dados da internação para o parto

(preencher antes da ligação o Bloco 1)

Nome:

Código puérpera:

Idade:

Tipo de Gestação: 1 única 2 gemelar 3 trigemelar

Tipo de Parto: 1 Norma 2 cesárea 3 forcipe

Maternidade: (colocar o numero)

1. Santa Isabel; 2. Nossa senhora de Lourdes; 3. Itabaiana; 4. Maternidade Santa helena
5. Maternidade Estância; 6. Maternidade de Lagarto; 7. Maternidade Propriá
8. Maternidade de Capela; 9. Maternidade Socorro- José Franco; 10. Maternidade Gabriel Soares; 11. Maternidade Regional de Glória

Data do parto:

Situação da Mãe: 1 normal 2 near miss* 3 óbito

Bloco 2- IFSF (inicio das questões por telefone é aqui!!!!) a partir da letra I (excel)

1- Após o parto, a sra já teve alguma relação sexual?

(1) sim – vá para o IFSF

(2) não

2- Por que não? (quem responder que não teve relação após o parto não aplica o IFSF, deve responder a questão 2 e pular para as questões do Bloco 3)

(1) sem parceiro ou parceiro doente

(2) o médico não liberou

- (3) não tive vontade
- (4) ainda sinto dor pelo parto
- (5) outras _____

IFSF – Índice da Função Sexual Feminina

Instruções: Estas perguntas são **sobre seus sentimentos e respostas sexuais** nas últimas **4 semanas**. Por favor, responda às seguintes perguntas da forma mais clara e honesta possível. Suas respostas serão mantidas em **completo sigilo**. As definições (explicações) que seguem são aplicadas para responder o questionário: (caso a paciente tenha dúvidas vcs podem explicar como abaixo:)

Atividade sexual: pode incluir carícias, estimulação sexual preliminar, masturbação e coito vaginal.

Relação sexual é definida como a penetração (entrada) do pênis na vagina.

Estimulação sexual: inclui estimulação sexual preliminar com o parceiro, auto-erotismo (masturbação) ou fantasia sexual.

PARA CADA ITEM, MARQUE APENAS UMA RESPOSTA

O desejo ou interesse sexual é um sentimento que abrange a vontade de ter uma experiência sexual, a receptividade às iniciativas sexuais do parceiro, e pensamentos ou fantasias sobre o ato sexual.

1. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desejo ou interesse sexual?

5 () Sempre ou quase sempre 4 () Muitas vezes (mais da metade do tempo)

3 () Às vezes (aproximadamente a metade do tempo)

2 () Poucas vezes (menos do que a metade do tempo) 1 () Nunca ou quase nunca

2. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?

5 () Muito alto 4 () Alto 3 () Moderado 2 () Baixo 1 () Muito baixo ou nenhum

A excitação sexual é uma sensação com aspectos físicos e mentais. Pode aparecer uma sensação de calor ou de vibração na genitália, lubrificação (umidade), ou contrações musculares.

3. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você se sentiu excitada durante o ato ou atividade seual?

- 0 () Sem atividade sexual 5 () Sempre ou quase sempre
 4 () Muitas vezes (mais da metade do tempo) 3 () Algumas vezes (metade das vezes)
 2 () Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 () Nunca ou quase nunca

4. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de excitação sexual durante a atividade sexual?

- 0 () Sem atividade sexual 5 () Muito alto 4 () Alto 3 () Moderado 2 () Baixo 1 () Muito baixo ou nenhum

5. Durante as últimas 4 semanas, qual foi seu grau de confiança sobre sentir-se excitada durante a atividade sexual?

- 0 () Sem atividade sexual 5 () Altíssima confiança 4 () Alta confiança
 3 () Moderada confiança 2 () Baixa confiança 1 () Baixíssima ou nenhuma confiança

6. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você ficou satisfeita com seu nível (grau) de excitação durante a atividade sexual?

- 0 () Sem atividade sexual 5 () Sempre ou quase sempre
 4 () Muitas vezes (mais da metade do tempo) 3 () Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
 2 () Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 () Nunca ou quase nunca

7. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você ficou lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?

- 0 () Sem atividade sexual 5 () Sempre ou quase sempre
 4 () Muitas vezes (mais da metade do tempo)
 3 () Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
 2 () Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 () Nunca ou quase nunca

8. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para ficar lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?

- 0 () Sem atividade sexual 1 () Extremamente difícil ou impossível 2 () Muito difícil

3 () Difícil 4 () Pouco difícil 5 () Nada difícil

9. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você manteve sua lubrificação até o final da atividade sexual?

0 () Sem atividade sexual 5 () Sempre ou quase sempre

4 () Muitas vezes (mais da metade do tempo)

3 () Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)

2 () Poucas vezes (menos da metade do tempo)

1 () Nunca ou quase nunca

10. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para manter sua lubrificação até terminar a atividade sexual?

0 () Sem atividade sexual 1 () Extremamente difícil ou impossível

2 () Muito difícil 3 () Difícil 4 () Pouco Difícil 5 () Nada Difícil

11. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, com que frequência você atingiu o orgasmo (clímax)?

0 () Sem atividade sexual 5 () Sempre ou quase sempre

4 () Muitas vezes (mais da metade do tempo)

3 () Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)

2 () Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 () Nunca ou quase nunca

12. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, qual foi o grau de dificuldade para atingir o orgasmo (clímax)?

0 () Sem atividade sexual

1 () Extremamente difícil ou impossível

2 () Muito difícil 3 () Difícil 4 () Pouco Difícil 5 () Nada Difícil

13. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com sua habilidade de chegar ao orgasmo (clímax) durante a atividade sexual?

0 () Sem atividade sexual

5 () Muito satisfeita 4 () Moderadamente satisfeita

3 () Indiferente 2 () Moderadamente insatisfeita 1 () Muito insatisfeita

14. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com a quantidade de envolvimento emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?

0 () Sem atividade sexual 5 () Muito satisfeita
4 () Moderadamente satisfeita 3 () Indiferente 2 () Moderadamente insatisfeita

1 () Muito insatisfeita

15. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação na relação sexual com seu parceiro?

5 () Muito satisfeita 4 () Moderadamente satisfeita 3 () Indiferente

2 () Moderadamente insatisfeita 1 () Muito insatisfeita

16. Durante as últimas 4 semanas, de forma geral, qual foi o grau de satisfação com sua vida sexual?

5 () Muito satisfeita 4 () Moderadamente satisfeita 3 () Indiferente

2 () Moderadamente insatisfeita 1 () Muito insatisfeita

17. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

0 () Não houve tentativa de penetração 1 () Sempre ou quase sempre

2 () Muitas vezes (mais da metade do tempo) 3 () Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)

4 () Poucas vezes (menos da metade do tempo) 5 () Nunca ou quase nunca

18. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

0 () Não houve tentativa de penetração 1 () Sempre ou quase sempre

2 () Muitas vezes (mais da metade do tempo) 3 () Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo) 4 () Poucas vezes (menos da metade do tempo)

5 () Nunca ou quase nunca

19. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau (nível) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

0 () Não houve tentativa de penetração 1 () Altíssimo

2 () Alto 3 () Moderado 4 () Baixo 5 () Baixíssimo ou nenhum

ESCORE TOTAL (IFSF): _____ (2 A 36)

(PARA CALCULAR O ESCORE TOTAL VCS TEM QUE MULTIPLICAR CADA QUESTAO POR UM FATOR: 1 E 2 (POR 0,6); 3, 4, 5 E 6 (POR 0,3); 7,8, 9 E 10 (POR 0,3); 11,12 E 13 (POR 0,4) ; 14,15 E 16 (POR 0,4) E 17, 18 E 19 (POR 0,4) e depois soma tudo!

(vide tabela abaixo)

Os domínios: Desejo = 1 + 2 (vezes 0,6)

Excitação= 3+4+5+6 (vezes 0,3)

Lubrificação= 7+8+9+10 (vezes 0,3)

Orgasmo = 11+12+13 (vezes 0,4)

Satisfação= 14+15+16 (vezes 0,4)

Dor=17+18+19 (vezes 0,4)

Domain	Questions	Score Range	Factor	Minimum Score	Maximum Score	Score
Desire	1,2	1 - 5	0.6	1.2	6.0	
Arousal	3,4,5,6	0 - 5	0.3	0	6.0	
Lubrication	7,8,9,10	0 - 5	0.3	0	6.0	
Orgasm	11,12, 13	0 - 5	0.4	0	6.0	
Satisfaction	14, 15, 16	0(or1)- 5	0.4	0.8	6.0	
Pain	17, 18, 19	0 - 5	0.4	0	6.0	
Full Scale						
Score Range				2.0	36.0	

Bloco 3- Questionário de depressão Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS)

(este texto abaixo é apenas para conhecimento de vcs)

The occurrence of depressive symptoms was assessed by the EPDS (Cox et al. 1987), which was translated and adapted into Portuguese (Santos et al. 2007). The EPDS consists of ten questions, and each item is scored in four levels from 0 (not at all) to 3 (extremely). Scores between 9 and 13 are considered an indication of postpartum depression, depending on the validation study (Gibson et al. 2009). The Brazilian Portuguese version of the EPDS (Santos et al. 2007) has shown similar psychometric values compared with the original study (Cox et al. 1987), and a cutoff score of 10 has been considered indicative of depression (Santos et al. 2007; Figueira et al. 2009).

EPDS - Agora desejamos saber como a sra tem se sentido, por favor dê a resposta que melhor reflete como você tem se sentido **nos últimos sete dias**

1 Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas

- 0 () Como eu sempre fiz
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Sem dúvida, menos que antes
- 3 () De jeito nenhum

2 Eu tenho pensado no futuro com alegria

- 0 () Sim, como de costume
- 1 () Um pouco menos que de costume
- 2 () Muito menos que de costume
- 3 () Praticamente não

3 Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado

- 0 () Não, de jeito nenhum
- 1 () Raramente
- 2 () Sim, às vezes
- 3 () Sim, muito frequentemente

4 Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão

- 3 () Sim, muitas vezes
- 2 () Sim, às vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não, de jeito nenhum

5 Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo

- 3 () Sim, muitas vezes
- 2 () Sim, às vezes
- 1 () Raramente

0 () Não, de jeito nenhum

6 Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia

3 () Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles

2 () Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes

1 () Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles

0 () Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

7 Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir

3 () Sim, na maioria das vezes

2 () Sim, algumas vezes

1 () Raramente

0 () Não, nenhuma vez

8 Eu tenho me sentido triste ou muito mal

3 () Sim, na maioria das vezes

2 () Sim, muitas vezes

1 () Raramente

0 () Não, de jeito nenhum

9 Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado

3 () Sim, a maior parte do tempo

2 () Sim, muitas vezes

1 () Só de vez em quando

0 () Não, nunca

10. Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma.

3 () Sim, muitas vezes

2 () Às vezes

1 () Raramente

0 () Nunca

Escore de possível depressão: 10 ou mais....

Escore total:

Bloco 4

1. A Sra tem tido perda de urina? (SE SIM LER COMO É A PERDA)

0. Não 1. Sim quando tusso / espirro ou outro esforço; 2. Sim quando bexiga cheia corro e urino no caminho do banheiro 3. Sem razão obvia 4. Perco o tempo todo
(caso afirmativo 1 , 2, 3 ou 4 preencher o escore perguntas 3,4 e 5);