



Universidade Federal de Sergipe

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

LUIZA NEVES DE SANTANA TELES

**FATORES ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO NA
CONDUÇÃO DO PARTO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
EM UM ESTADO DO NORDESTE BRASILEIRO**

Aracaju

2018

LUIZA NEVES DE SANTANA TELES

**FATORES ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO NA
CONDUÇÃO DO PARTO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
EM UM ESTADO DO NORDESTE BRASILEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao colegiado do Curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Dra. Daniela Siqueira Prado

Aracaju

2018

“Nós somos do tamanho dos nossos sonhos”.

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram no decorrer desta jornada, em especial a Deus, a quem devo minha vida.

À minha família, que sempre me apoiou nos momentos mais difíceis e nas escolhas a serem tomadas, em especial aos meus pais, à minha tia Lailce, e ao meu esposo.

Aos meus amigos, por todo companheirismo e cumplicidade.

A todos os professores que tive o prazer de conhecer na minha jornada acadêmica, em especial à Professora Daniela Prado, que teve papel fundamental na elaboração deste trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS- Organização Mundial da Saúde

PAISM- Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PHPN- Política de Humanização do Parto e Nascimento

PNDS- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

Rehuna- Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento

SUS- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	7
1. ASSISTÊNCIA AO PARTO.....	7
2. HISTÓRICO DA LUTA POR HUMANIZAÇÃO NO PARTO.....	10
3. SATISFAÇÃO COM A ASSISTÊNCIA AO PARTO.....	13
4. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	15
REFERÊNCIAS	16
NORMAS PARA PUBLICAÇÃO	25
ARTIGO ORIGINAL.....	32
RESUMO.....	33
SUMMARY.....	34
INTRODUÇÃO.....	35
MÉTODOS.....	36
RESULTADOS.....	38
DISCUSSÃO.....	40
REFERÊNCIAS	42
TABELAS.....	45
APÊNDICES.....	48
ANEXOS.....	51

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1. ASSISTÊNCIA AO PARTO

A morbimortalidade materna durante o parto é um problema máximo de saúde pública (D'OLIVEIRA et al., 2002), e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o fator mais importante para reduzi-la é a assistência ao parto realizada por profissionais capacitados (OMS,1999).

A assistência ao parto faz parte de um modelo maior de assistência à saúde da mulher, e representa o marco iniciador das mudanças em termos de saúde pública que começaram a ocorrer na década de 1940, a partir da institucionalização do parto (MS, 2000). Depois disso, uma série de reformas vêm sendo feitas a fim de aprimorar a vivência da mulher no momento da maternidade.

Em 1996, a OMS desenvolveu um informe sobre práticas comuns do parto normal, chamado Maternidade Segura, orientando o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Ele foi dividido em quatro categorias: práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas (oferta de líquidos por via oral, liberdade de posição e movimento, estímulo a posições não supinas, uso do partograma, contato pele a pele precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora pós-parto); Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas (uso rotineiro de enteroclisma, tricotomia, venóclise, ocitocina, parto em posição de litotomia); Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão (medidas não farmacológicas para alívio da dor, clampeamento precoce de cordão, amniotomia precoce, manobras de proteção do períneo); Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (restrição de comida e líquidos no trabalho de parto, uso de agentes sistêmicos ou analgesia para alívio da dor, episiotomia rotineira entre outros) (OMS, 1996).

Evidências recomendam a realização de episiotomia de forma seletiva e não sistemática. Estudos mostram redução das taxas desse procedimento. Em comparação com as taxas nacionais de 76,1% no ano de 2006, registradas pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), houve importante diminuição na taxa encontrada em todas as macrorregiões no Brasil em estudo Nacional (RIESCO, 2014). Segundo dados da pesquisa Nascer no Brasil, a taxa de episiotomia chegou a 56% (LEAL et al., 2014), já em Sergipe, esse índice chegou a 43,9% (PRADO et al., 2017).

Tradicionalmente, a rotura artificial precoce das membranas amnióticas, em combinação com a infusão endovenosa de ocitocina, era empregada para acelerar o trabalho de parto. O emprego da amniotomia precoce e da infusão de ocitocina é denominado “manejo ativo do trabalho de parto” (OMS, 1996). No entanto, a prática rotineira de amniotomia precoce e o uso indiscriminado de ocitocina para acelerar o trabalho de parto não são mais recomendados (OMS, 2015).

Em uma revisão sistemática, foram analisados 14 ensaios clínicos randomizados envolvendo 4893 mulheres com o intuito de avaliar a amniotomia para diminuir o tempo do trabalho de parto. No entanto, não houve nenhuma evidência de diferenças estatisticamente significantes em relação à duração do primeiro estágio do trabalho de parto, satisfação materna e escores de Apgar no quinto minuto entre as mulheres submetidas à amniotomia precoce ou não, porém, a amniotomia precoce foi associada a uma tendência elevada de incidência de cesarianas (PORTO et al., 2010). Mesmo em centros de parto normal, onde são atendidas exclusivamente mulheres de baixo risco, algumas intervenções desnecessárias são utilizadas em alta proporção. Com isso, as taxas de amniotomia e infusão de ocitocina chegam a 75,1% e 46,3%, respectivamente, o que indica o uso não criterioso desses métodos (RIESCO et al., 2009).

A raspagem sistemática dos pelos pubianos ou perineais era um procedimento preconizado com a justificativa de que poderia reduzir o risco de infecção no caso de haver laceração perineal, além de favorecer uma sutura mais precisa. No entanto, sabe-se atualmente que, de maneira contrária, ela

pode levar a uma maior taxa de infecções pelas lacerações provocadas e provocar um incômodo maior na paciente quando os pêlos voltarem a crescer (PORTO et al., 2010). Uma revisão sistemática analisando três ensaios clínicos com 1039 mulheres não mostrou diferença na morbidade febril materna entre as mulheres que foram submetidas à tricotomia e as que não foram, o que reforça que não existem evidências que recomendem sua utilização de rotina em mulheres em trabalho de parto (BASEVI E LAVENDER, 2010).

Por muito tempo, o uso rotineiro de preparações intestinais, como enemas, enteroclistas e supositórios, foi recomendado para facilitar a descida da apresentação fetal e estimular as contrações uterinas, abreviando o trabalho de parto; reduzir a contaminação durante o parto, e, assim, diminuir o risco de infecção para a mãe para o filho (GARFORTH E GARCIA, 1991). Entretanto, muitas mulheres que são submetidas a esse procedimento referem episódio de diarreia indolor e persistente até o primeiro período clínico do parto, além de haver casos documentados de irritação retal, colite, gangrena e choque anafilático (WHITLEY, 1980). Muitos são os estudos que comprovam não haver benefício com esta intervenção. Em uma meta-análise que avaliou três ensaios clínicos com 1765 pacientes, os revisores concluíram não haver evidências suficientes para recomendar a indicação rotineira de enema, não demonstrando diferenças nas taxas de infecção puerperal ou neonatal, bem como na duração do trabalho de parto e contratilidade uterina (REVEIZ et al., 2010).

O jejum também não é recomendado rotineiramente em parturientes de baixo risco (SINGATA et al., 2010). Um ensaio clínico randomizado foi publicado em 1999, estudando gestantes em trabalho de parto com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas, randomizadas para receber uma dieta leve (n=48) ou apenas água (n=46). Não houve diferença entre os grupos em relação à duração do primeiro e segundo estágio do trabalho de parto, necessidade de ocitocina, via de parto e escore de Apgar, concluindo que a dieta leve durante o trabalho de parto previne o aparecimento de cetose, o que compensa o aumento de volume residual, que já é próprio das gestantes (SCRUTTON et al., 1999).

Um aspecto que gera preocupação é a alta taxa de cesáreas no Brasil. No estado de Sergipe, em Aracaju, foi verificado aumento nas taxas de cesárea de 31,6% em 2009 (GURGEL et al., 2009) para 40,5% em 2014 (INAGAKI et al., 2014). Já no Brasil, estudo realizado em 2014 demonstrou que 51,9% dos nascimentos ocorreram por cesariana (LEAL et al., 2014). Este procedimento aumenta riscos para a mãe e para o recém-nascido. Esforços devem garantir que as cesáreas sejam feitas apenas quando houver indicação formal (OMS, 2015).

2. HISTÓRICO DA LUTA POR HUMANIZAÇÃO NO PARTO

No final da década de 1980 é possível falar-se de um movimento pela humanização do parto e do nascimento no Brasil através de organizações não governamentais que criticavam o modelo dominador de atenção ao parto e ao nascimento, baseado nas propostas da OMS, e ele inclui: incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno desde o pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença de acompanhante no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais, e à inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde nas regiões nas quais a rede hospitalar não está presente. Também recomenda a modificação de rotinas hospitalares consideradas desnecessárias, geradoras de risco e excessivamente intervencionistas no que tange ao parto (episiotomia, amniotomia, enema, tricotomia e cesáreas) (TORNQUIST, 2002).

Em 1993, foi fundada no Brasil a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), que assumiu a difusão das recomendações da OMS sobre assistência humanizada no parto e promoveu debates para assegurar a prática dessa assistência (ENKIN et al., 2005). Em 1994, iniciou-se de maneira pioneira como política pública a nível municipal a Política de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), que preconizava a proposta de hierarquização da assistência, em que as gestantes de baixo risco poderiam ser atendidas por enfermeiras obstetras tanto em consultas de pré-natal quanto durante o parto (DIAS E DOMINGUES, 2005).

Em 2000, numa conferência sobre Humanização do Nascimento no Brasil, foi fundada a rede Latino-Americana e Caribenha de Humanização do Nascimento Infantil, inspirada na Rehuna (RATTNER, 2009). Além disso, a partir desse período, o termo “Humanização” foi oficialmente reconhecido no Brasil a partir da criação do PHPN através da portaria 569/2000/GM/MS vigente até 2003, que incentivava os municípios que a ela aderissem. O termo partia de um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): equidade, garantindo a toda gestante cadastrada no programa um pré-natal completo (mínimo de seis consultas e a do puerpério), todos os exames e vacinas preconizados pelo Ministério da Saúde e a garantia de vaga para o parto (Brasil, 2000b).

Em junho de 2011, outro grande passo foi dado através da instituição da Rede Cegonha no âmbito do SUS oficializada pela portaria 1459/2011/GM/MS, visando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (Brasil, 2016a). Com adesão por todos os estados do país, já no ano de sua criação, notou-se redução na mortalidade materna (PORTELLA, 2014).

A fim de dar continuidade aos avanços nos direitos da mulher na hora do parto, desde abril de 2015 vêm sendo propostas algumas disposições através do lançamento dos documentos do Ministério da Saúde “Diretrizes de Atenção à gestante: operação cesariana” e “Diretrizes de Atenção à gestante: parto normal”. A mudança mais recente foi a aprovação da Resolução n. 2144/2016 do Conselho Federal de Medicina, que resolve que cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual poderá ser realizada, desde que a partir da 39ª semana de gestação, e visando a garantir a segurança do feto. Dessa forma, assegura o direito da mulher de optar pela cesariana, desde que ela tenha acesso a todas as informações referentes ao parto (ZANARDO et al., 2017).

Em 2016, a OMS elaborou um guia abrangente sobre os cuidados pré-natais de rotina para mulheres e adolescentes grávidas, complementando as

recomendações anteriormente existentes, desta vez priorizando a saúde e o bem-estar centrados nas pessoas, e não apenas a prevenção da morte e a morbidade, de acordo com uma abordagem baseada nos direitos humanos (OMS,2016).

Apesar das dificuldades de incorporação das práticas de humanização na rotina das maternidades, já existem estudos que mostram mudanças positivas nesse aspecto. Um estudo transversal analisou 293 prontuários de uma maternidade no interior de São Paulo, e percebeu uma tendência à incorporação de práticas baseadas em evidências científicas quando se observou a taxa reduzida de realização de procedimentos como tricotomia, enterocлизма e episiotomia (MANZINI et al., 2009).

É importante reconhecer que a humanização da assistência ao parto envolve desde o respeito e a promoção dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos até a mudança de postura e atitudes dos profissionais de saúde (MS, 2003) no acompanhamento da gestação e do parto, como um evento biossocial marcante tanto na vida da mulher, como de suas famílias, cercado de valores culturais, sociais, emocionais e afetivos (DOMINGUES et al., 2004).

Ter a presença de um acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto é um desses aspectos e se trata de uma recomendação da Organização Mundial de Saúde, sendo desenvolvida com êxito em diversos países (OMS, 2001). No Brasil, embora isso seja um direito das mulheres garantido pela Lei 11.108, de abril de 2005, infelizmente ainda é uma realidade restrita a somente algumas mulheres, sendo mais observada no setor privado de saúde (PRADO et al., 2017).

Em busca da incorporação das práticas de humanização, tem se observado um movimento crescente de críticas ao modelo brasileiro de assistência ao parto e aos seus resultados (DOMINGUES et al., 2004). Pesquisas demonstram que, além das dificuldades econômicas e estruturais que os serviços públicos de saúde enfrentam, encontram-se, subjacentes aos maus-tratos vividos pelas pacientes, aspectos socioculturais relacionados a uma prática discriminatória quanto a gênero, classe social e etnia (AGUIAR E D'OLIVEIRA, 2010). Além disso, as desigualdades raciais nas condições de

saúde das populações permanecem sendo um grande problema de saúde pública em vários países, como expressão de diferenças biológicas, disparidades sociais e discriminação étnica (LEAL et al., 2005).

A educação assume um papel muito importante nesse contexto de reconhecimento das práticas discriminatórias e do que é direito da paciente. O conceito de educar as mulheres grávidas para fazerem escolhas como parte integrante da política contemporânea de cuidados de saúde é agora relativamente bem incorporado (MARTIN E ROBB, 2013). Dessa forma, todo o processo de dar à luz na forma humanizada, de acordo com a proposta do SUS deverá ser realizado, por meio da educação em saúde desde o início do pré-natal oferecendo a mulher o direito de escolha (MARQUE et al., 2006).

Quando ocorre a inclusão da gestante nesse processo, aumenta a oportunidade do diálogo aberto e participativo permitindo à paciente ser conhecedora de sua situação, multiplicadora de saúde no seu coletivo, além de promover a conscientização e participação nas decisões, com vistas à transformação das suas limitações (SOUZA et al., 2011).

3. SATISFAÇÃO COM A ASSISTÊNCIA AO PARTO

A satisfação com o atendimento ao parto é considerada um dos indicadores mais importantes da qualidade do serviço de uma maternidade (MAURICIO et al., 2017). No entanto, essa análise não é um processo simples. A mensuração da qualidade do cuidado da obstetrícia envolve a avaliação da assistência a dois indivíduos distintos. A melhora da assistência requer a redução das intervenções obstétricas, que podem prejudicar tanto o recém-nascido quanto a mãe (HOWELL et al., 2014).

Conforme as pesquisas demonstram, a satisfação materna com o parto é influenciada por algumas variáveis, como a forma como decorreu o parto, a condição física da maternidade, e os cuidados no trabalho de parto e parto (SILVA, 2010). A importância da relação equipe-paciente na formulação do vínculo e conseqüentemente na percepção da mulher sobre o processo do parto está muito bem estabelecida por vários estudos (HODNETT, 2002). Uma

pesquisa do Projeto Nascer no Brasil verificou que todos os aspectos associados à relação do profissional com a gestante estiveram significativamente associados à satisfação, concluindo que as mulheres priorizam a forma como foram atendidas (D'ORSI et al., 2014).

Além disso, a satisfação materna também pode ser influenciada por questões intrínsecas à paciente. Uma delas diz respeito ao grau de interesse pelo assunto e o grau de conhecimento, que também podem influenciar positivamente nesse processo, já que as informações possibilitam que a mulher tenha uma gestação desejada e apresentem um bom relacionamento com a equipe que presta assistência (GREEN et al., 1998). Outro aspecto relacionado à paciente é o grau de expectativas que ela possui, e o quanto a equipe compreende isso (DOMINGUES et al., 2004).

Muitos estudos sugerem que fatores sócio- econômicos e étnicos possam também influenciar no grau de satisfação materna. No entanto, esse é um aspecto bastante polêmico e controverso. Um estudo com 447 mulheres realizado em Nepal não mostrou diferença significativa na satisfação com o parto avaliada em relação às características sócio- demográficas ou diferenças étnicas (MEHATA et al., 2017).

Também é questionável se a via de parto pode influenciar o nível de satisfação materna. Um estudo transversal realizado com 252 puérperas em duas maternidades de uma capital no Nordeste brasileiro comparou o nível de satisfação materna em relação à via de parto (cesárea ou normal), no serviço ofertado (privado ou público). Em ambas as unidades o nível de satisfação obtido foi elevado, sendo 93,8% para o parto normal e 90,7% para a cesariana na maternidade pública e 100% para ambas as vias na privada (MANDARINO et al., 2009).

Em outro estudo transversal realizado em uma maternidade brasileira envolvendo 246 puérperas que tiveram parto vaginal, 70% das puérperas avaliaram seu parto como “bom” ou “muito bom”, enquanto 16,7% das pacientes avaliaram como “ruim” ou “muito ruim”, e uma das queixas principais relacionadas à percepção negativa sobre o parto estava relacionada à má atenção por parte da equipe, e analogamente, o bom tratamento da equipe foi

um dos principais aspectos avaliados na percepção positiva para a avaliação da satisfação (DOMINGUES et al., 2004).

A assistência à gestante, à parturiente e ao binômio mãe e filho deve proporcionar melhores condições para participação completa da mulher no processo do parto, paralelamente a uma assistência humanizada, e garantindo maior satisfação materna (CICUTO et al., 2012). Com o avanço cada vez maior dos partos institucionais, esse processo tem se tornado um desafio, especialmente para os países pobres e em desenvolvimento, não só por falta de estrutura hospitalar como por falta de acesso ao conhecimento (JAHN et al., 2000).

Para o entendimento e o julgamento individual da satisfação por parte da puérpera, faz-se necessária a participação ativa da mesma, a fim de auxiliar na escolha de estratégias de cuidado que possam atender às suas necessidades individuais (OLIVEIRA et al., 2010).

4. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violação de um dos pilares de assistência ou de humanização no atendimento ao trabalho de parto e ao parto faz parte do que é conhecido como violência obstétrica (AGUIAR E D'OLIVEIRA, 2010). Segundo a OMS (2014), gestantes do mundo todo sofrem abusos, desrespeito, negligência e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde.

Esta violência, segundo Diniz (2002), é expressa desde a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, repressões, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo não-utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até o abuso sexual. Outras pesquisas também apontam, como um tipo de violência, o uso inadequado de tecnologia, com intervenções e procedimentos muitas vezes desnecessários em face das evidências científicas do momento, resultando numa cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas (DINIZ, 2002).

Ao final da década de 1980, iniciaram-se os esforços nas políticas de saúde do Brasil a fim de garantir proteção à mulher no momento do parto. O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) começou a reconhecer o tratamento impessoal e muitas vezes agressivo da atenção à saúde das mulheres. Porém, o tema ainda era desconhecido pelas próprias mulheres e tratado com negligência pelos profissionais (DINIZ, 2002).

A proteção à mulher durante o parto também é assegurada por lei. O projeto nº 7633/2014 dispõe sobre as providências a serem tomadas em caso de violação do que garante como direitos da mulher nesse momento. São eles: optar pelos procedimentos que lhe propiciem mais conforto e bem-estar incluindo métodos não-farmacológicos e farmacológicos para o alívio da dor; o direito de garantir à mulher em que circunstâncias o parto deverá ocorrer (local, posição, intervenções, equipe de assistência); presença de acompanhante junto à parturiente durante o trabalho de parto, parto e pós-parto; e garantia de respeito e preservação de sua intimidade (CUNHA, 2015).

Apesar de muito se falar sobre o tema, ainda são poucos os estudos avaliando a prevalência da violência obstétrica. Atualmente, segundo a OMS, apesar de as evidências sugerirem que as experiências de desrespeito e maus tratos das mulheres durante a assistência ao parto são amplamente disseminadas, não há ainda um consenso internacional sobre como esses problemas podem ser cientificamente definidos e resolvidos (OMS, 2014). Dessa forma, ainda há muito que se discutir.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, 2010.

2. BASEVI V, Lavender T. **Routine perineal shaving on admission in labour (Cochrane Review)**. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.

3. BRASIL. MS/SVS/DASIS. **Nascidos vivos- Brasil. Nascimento/residência mãe segundo Região**. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos SINASC, 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tablet.exe-/sinasc/cnv/nuv.def> Acesso em: 17 ago. 2015.

4. BRASIL. Ministério da **Saúde. Parto Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada a Saúde**. Brasília. Fundação Nacional de Saúde, 2003.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de Atenção Básica: saúde das mulheres. Brasília, 2016a**. Disponível em: http://189.128.100/dab/docs/portaldab/publicações/protocolo_saude_mulher.pdf

6. CICUTO AG, Belisário CRL, Tavares BB. **Puerperal women's satisfaction with their delivery**. Invest Educ Enferm. 2012; 30 (@): 208-214.

7. CUNHA, Camila Carvalho Albuquerque. **Violência obstétrica: uma análise sobo primas dos direitos fundamentais**. 2015; 46f. Monografia (Bacharelado em Direito) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

8. D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; DINIZ, Simone Grilo; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Violence against women in health-care institutions: an emerging problem**. The Lancet, v. 359, n. 9318, p. 1681-1685, 2002.

9. DOMINGUES RMS, Santos EM, Leal MC. **Aspectos da satisfação das mulheres com assistência ao parto: contribuição para o debate**. Cad Saude Publica. 2004;20Suppl1:S52-62. DOI:10.1590/S0102-311X2004000700006.

10. GREEN, J.; Coupland, V., Kitzinger, J.; **Great expectation- a prospective study of women's expectation and experiences of childbirth**. Cheshire Books for Midwives, 1998.

11. D'ORSI, Eleonora et al . **Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S154-S168, 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300021&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Aug. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00087813>.

12. DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. (2005). **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto**. Ciência e Saúde Coletiva, v. 10, n. 3, p. 669-705.

13. DINIZ CSG. **O que nós como profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto**. São Paulo: Fundação Ford e do CREMESP; 2002.

14. ENKIN, M. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

15. GARFORTH S, Garcia J. **Hospital admission practices**. In: Chalmers I, Enkin MJNC. **Effective care in pregnancy and childbirth**. Oxford: Oxford University Press; 1991. p.823-4.

16. GURGEL, R. Q. et al. **Características das gestações, partos e recém-nascidos da região metropolitana de Aracaju, Sergipe, Brasil**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 9, n. 2, p. 167–177, jun. 2009.

17. HODNETT E. **Pain and a women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review.** Am J Obstet Gynecol 2002; 186 (5 Suppl Nature):S160-72.
18. HOWELL EA, Zeitlin J, Hebert PL, et al. **Association between hospital-level obstetric quality indicators and maternal and neonatal morbidity.** JAMA 2014; 312(15):1531–41.
19. INAGAKI, A. D. DE M. et al. **CESAREAN: PREVALENCE, INDICATIONS, AND NEWBORN OUTCOMES.** Journal of Nursing, v. 8(12), p. 4278–84, 2014.
20. JAHN A, Dar lang M, Shah U, Diesfeld HJ. **Maternity care in rural Nepal: a health service analysis.** Tropical Med Int Health. 2000; 5(9):657–65.
21. LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. **Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001.** Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 39, n. 1, p. 100-107, Jan. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100013&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000100013>.
22. LEAL, M. DO C. et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual.** Cadernos de Saúde Pública, v. 30, p. S17–S32, ago. 2014.
23. MANDARINO NR, Chein MBC, Monteiro Júnior FC, Brito LMO, Lamy ZC, Nina VJS et al. **Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil.** Cad Saúde Pública. 2009; 25(7):1587-96.

24. MANZINI, Fernanda Cristina; Borges, Vera Therezinha Medeiros; Parada, Cristina Maria Garcia de Lima. **Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil . Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, v. 9, n. 1, p. 59-67, 2009. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/11947>>.

25. MARQUE, Flavia Carvalho, Dias, Ieda Maria Vargas and Azevedo, Leila. **A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento.** Esc. Anna Nery, Dez 2006, vol.10, no.3, p.439-447. ISSN 1414-8145.

26. MARTIN, Caroline Joy Hollins; ROBB, Yvonne. Women's views about the importance of education in preparation for childbirth. **Nurse education in practice**, v. 13, n. 6, p. 512-518, 2013.

27. MAURICIO, Gabriela Fogagnolo. **Avaliação do grau de satisfação materna na assistência ao parto do HC-FMB UNESP.** 2017.

28. MEHATA, Suresh et al. **Factors determining satisfaction among facility-based maternity clients in Nepal.** BMC pregnancy and childbirth, v. 17, n. 1, p. 319, 2017.

29. OLIVEIRA, Saturnino de, Andressa Suely, Paiva Rodrigues, Dafne, Cavalcante Guedes, Maria Vilaní, Ferreira Felipe, Gilvan. **Percepção de Mulheres sobre a violência do trabalho de parto e parto.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste [em linea] 2010, 11 [Fecha de consulta: 1 de agosto de 2018] Disponible em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027973004> ISSN1517-3852.

- 30.OMS - Organização Mundial da Saúde. **Assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996. (OMS/SRF/MSM/96.24).
- 31.OMS/FNUAP/UNICEF. **Reducción de la mortalidad materna: declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/ Banco Mundial** [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1999.
- 32.OMS - Organização Mundial da Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** Genebra: OMS, 2014.
- 33.OMS- Organização Mundial da Saúde. Centro de Informação das Nações Unidas. **Recomendações da OMS no atendimento ao parto natural.** Genebra; 2001.
- 34.Organização Mundial da Saúde – OMS (2014). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** Genebra: Autor. Acesso em 30 de julho, 2016, em Acesso em 30 de julho,2016,em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf [Links].
- 35.ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE- OMS (2016). **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez.** Geneva: WHO. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf?sequence=2> . Acesso em: 10 Ago. 2017. 2016.
- 36.PORTELLA, M.O. **Avanços e incoerências nas políticas públicas de humanização do parto e nascimento.** In: MARTINS, P.H. et al. Produtivismo na saúde: desafios do SUS na invenção da gestão democrática. Recife: Ed. Universitária UFPE, 2014. p. 119-144.

37. PORTO, A. et al. **Assistance to the first period of labor based on evidence.** Revista Feminina. 2010, vol.38, nº10, pp.527-537.

38. PRADO, Daniela Siqueira et al . **Practices and obstetric interventions in women from a state in the Northeast of Brazil.** Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 63, n. 12, p. 1039-1048, Dec. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302017001201039&lng=en&nrm=iso>.Access on 30 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.63.12.1039>.

39. RATTNER, Daphne. **Humanização na atenção a nascimentos e partos:** breve referencial teórico. Interface (Botucatu) [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp.595-602.

40. REVEIZ L, Gaitán HG, Cuervo LG. **Enemas during labour (Cochrane Review).** In: The Cochrane Library, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.

41. RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. **Nascer no Brasil "em tempo": uma questão de hierarquia das intervenções no parto?.** Cadernos de Saúde Pública [online]. 2014, v. 30, n. Suppl 1 [Acessado 31 Julho 2018] , pp. S35-S36. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311XCO02S114>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311XCO02S114>.

42. RIESCO MLG, Oliveira SMJV, Bonadio IC, Schneck CA, Silva FMB, Diniz CSG, Lobo SF, Saito E. **Birth centers in Brazil: scientific production review.** Rev Esc Enferm USP 2009; 43:1291-6.

43. SCRUTTON, MJL, Metcalfe GA, Lowy C, Seed PT, O'Sullivan G. **Eating in labour: A randomised controlled trial assessing the risks and benefits.** Anesthesia. 1999;54(4):329-34.

44. SILVA, AC de S. **Vivências da maternidade: expectativas e satisfação das mães no parto.** [Dissertation] Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra; 2010.
45. SINGATA M, Tranmer J, Gyte GML. **Restricting oral fluid and food intake during labour.** In: The Cochrane Library, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
46. SOUZA Viviane Barbosa de I , Simone ROECKERII, Sonia Silva MARCONI. **Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011 abr/jun;13(2):199-210. Available from: Disponível no site:<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a06.htm>.
47. TORNQUIST, Carmen Susana. **Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto.** Estudos feministas, v. 10, n. 2, p. 483, 2002.
48. _____. Portaria GM/MS n.569, de 01 de junho de 2000. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 ago. 2000b. p.112.
49. WHITLEY N, Mack E. **Are enemas justified for women in labor?** Am J Nurs 1980; 1:1339.
50. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Recommendations for augmentation of labour: highlights and key messages from World Health Organization's 2014 global recommendations.** World Health Organization, 2015.
51. ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al . **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA.** Psicol. Soc., Belo Horizonte, v.

29, e155043, 2017. Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100218&lng=en&nrm=iso>. Access
on 11 July 2018. Epub July 10, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

ESCOPO

A Revista da Associação Médica Brasileira (RAMB), editada pela Associação Médica Brasileira, tem por objetivo publicar artigos que contribuam para o conhecimento médico. A RAMB é indexada nas bases de dados SciELO, Science Citation Index Expanded (SCIE), Scopus, Web of Science, Institute for Scientific Information (ISI), Index Copernicus, LILACS, MEDLINE e CAPES – QUALIS B2. Atualmente, a revista é produzida apenas na versão on-line de livre acesso (www.ramb.org.br) e os artigos são publicados na língua inglesa.

A RAMB aceita para publicação artigos nas seguintes categorias: Artigos Originais, Artigos de Revisão, Correspondências, Ponto de Vista, Panorama Internacional e À Beira do Leito. A submissão dos artigos é totalmente gratuita, sem cobrança de qualquer taxa aos seus autores. O Conselho Editorial recomenda fortemente que os autores leiam a versão on-line da RAMB e analisem os artigos já publicados como modelo para a elaboração de seus trabalhos.

POLÍTICA DE AVALIAÇÃO

Em virtude do grande número de artigos enviados, o Conselho Editorial adotou critérios de seleção para o processo de revisão por pares. A exemplo do que acontece com outros periódicos, a maior parte dos artigos submetidos não passa para a fase detalhada de avaliação que é a revisão por pares. Os critérios que o Conselho Editorial adotou para essa seleção inicial incluem o perfil editorial da revista e de seus leitores, área de interesse do tema principal do trabalho, título e resumo adequados, redação bem elaborada, metodologia

bem definida e correta (incluindo, no caso de estudos clínicos, tamanho amostral, metodologia estatística e aprovação por Comitê de Ética), resultados apresentados de maneira clara e conclusões baseadas nos dados. Esse procedimento tem por objetivo reduzir o tempo de resposta e não prejudicar os autores. A resposta detalhada, elaborada pelos revisores, só ocorre quando o artigo passa dessa primeira fase.

No caso de rejeição, a decisão sobre a primeira fase de avaliação é comunicada aos autores em média duas a três semanas depois do início do processo (que começa logo após a aprovação do formato pelo revisor de forma). O resultado da revisão por pares contendo a aceitação ou a rejeição do artigo para publicação ocorrerá no menor prazo possível.

Embora existam rigorosos limites de tempo para a revisão por pares, a maioria dos periódicos científicos conta com o notável esforço e a colaboração da comunidade científica que, por ter muitas outras atribuições, nem sempre consegue cumprir os prazos. Ao receber o parecer dos revisores, os autores deverão encaminhar, em comunicado à parte, todos os pontos alterados do artigo que foram solicitados pelos revisores. Além disso, o texto contendo as alterações solicitadas pelos revisores deverá ser reencaminhado à RAMB na cor vermelha, devendo ser mantido e sublinhado o texto anterior.

A ordem de publicação dos artigos será cronológica, podendo, no entanto, haver exceções definidas pelo Conselho Editorial. Os trabalhos aceitos para publicação serão enviados aos autores e deverão ser revisados e devolvidos no prazo de dois dias, caso contrário o artigo será publicado em sua forma original. Após a aprovação final pelos autores NÃO será possível modificar o texto.

SUBMISSÃO DOS ARTIGOS

Os artigos e correspondências deverão ser enviados somente via internet pelo seguinte endereço eletrônico: www.ramb.org.br. Basta a realização de um cadastro, seguido do envio do manuscrito, obedecendo as

normas aqui descritas. Só serão aceitos artigos que, dentre seus autores, contenha, no mínimo, um médico.

Os artigos poderão ser escritos em português, espanhol ou na língua inglesa, mas serão publicados na versão em inglês. Cada artigo, acompanhado de correspondência ao editor, deverá conter título, nome completo do(s) autor(es), instituição na qual o trabalho foi realizado e seção da revista à qual se destina.

O conteúdo do material enviado para publicação na RAMB não pode estar em processo de avaliação, já ter sido publicado, nem ser submetido posteriormente para publicação em outros periódicos. A critério do editor chefe, todos os artigos recebidos são revisados por membros do Conselho Editorial.

Ao preparar o manuscrito, os autores deverão indicar qual ou quais áreas editoriais estão relacionadas ao artigo, para que este possa ser encaminhado para análise editorial específica.

O Conselho Editorial recomenda que os autores façam uma busca por artigos relacionados ao tema e publicados anteriormente na RAMB ou em outros periódicos indexados no SciELO, utilizando as mesmas palavras-chaves do artigo proposto. Estes artigos devem ser considerados pelos autores na elaboração do manuscrito com o objetivo de estimular o intercâmbio científico entre os periódicos SciELO.

CORPO EDITORIAL DA REVISTA

O Corpo Editorial da RAMB é composto pelo Editor Geral, Editores Associados, Editores Colaboradores e Conselho Editorial nas seguintes áreas: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Saúde Pública, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Bioética, Cancerologia, Emergência e Medicina Intensiva, Medicina Farmacêutica e Medicina Baseada em Evidências. O Corpo Editorial será responsável pela revisão e aceitação ou não dos artigos enviados à revista para publicação. O editor chefe tem as prerrogativas que o cargo lhe confere para aceitar ou não qualquer artigo, independentemente da revisão por pares, assim como definir a edição de sua publicação.

O trabalho deverá ser redigido em corpo 12, no máximo em 15 laudas de 30 linhas cada, espaço 1,5 linha, com margem de 3 cm de cada lado, no topo e no pé de cada página. Todas as páginas, excluída a do título, devem ser numeradas.

FORMATAÇÃO DO MANUSCRITO

Página título:

Deverá conter:

a) O título do trabalho, também na versão em inglês, deverá ser conciso e não exceder 75 toques ou uma linha.

b) Nome, sobrenome do autor e instituição a qual pertence o autor.

c) Nome e endereço da instituição onde o trabalho foi realizado.

d) Carta de apresentação, contendo assinatura de todos os autores, responsabilizando-se pelo conteúdo do trabalho, porém apenas um deve ser indicado como responsável pela troca de correspondência. Deve conter telefone, fax, e-mail e endereço para contato.

e) Aspectos éticos: carta dos autores revelando eventuais conflitos de interesse (profissionais, financeiros e benefícios diretos ou indiretos) que possam influenciar ou ter influenciado os resultados da pesquisa ou o conteúdo do trabalho. Na carta deve constar ainda, quando cabível, a data da aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição à qual estão vinculados os autores. É absolutamente obrigatório o envio, juntamente com o artigo, do termo de copyright, disponível no site da Ramb, devidamente assinado pelos autores, sem o qual o artigo não seguirá o seu fluxo normal de avaliação.

f) De acordo com recente solicitação da Scielo – Scientific Electronic Library Online, a Revista da Associação Médica Brasileira (RAMB) passa a exigir, a partir de Janeiro de 2018, o ORCID como identificador dos autores. Para obtê-lo, basta seguir as instruções no site <https://orcid.org/>

Tópicos dos artigos: Os artigos originais deverão conter, obrigatoriamente, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões e Referências Bibliográficas.

Notas de rodapé: Apenas quando estritamente necessárias; devem ser assinaladas no texto e apresentadas em folha separada após a do resumo, com o subtítulo “Nota de rodapé”.

Agradecimentos: Apenas a quem colabore de modo significativo na realização do trabalho. Deve vir antes das referências bibliográficas.

Resumo/Summary: O resumo, com no máximo 250 palavras, deverá conter objetivo, métodos, resultados e conclusões. Após o resumo deverão ser indicados, no máximo, seis Unitermos (recomenda-se o vocabulário controlado do DeCS – Descritores em Ciências da Saúde, publicação da BIREME – Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde). Para os termos em inglês recomenda-se o MeSH da base Medline. O Summary visa permitir a perfeita compreensão do artigo. Apresentar em folha separada e seguir o mesmo modelo do resumo: background, methods, results, conclusions. Deve ser seguido de keywords.

Artigos escritos em português devem conter, na segunda página, dois resumos: um em português e outro em inglês (Summary). Artigos escritos em espanhol devem apresentar resumos em inglês (Summary) e português. Os escritos em inglês devem conter resumo também em português.

Referências bibliográficas: As referências bibliográficas devem ser dispostas por ordem de entrada no texto e numeradas consecutivamente, sendo obrigatória sua citação. Devem ser citados todos os autores, totalizando seis; acima deste número, citam-se os seis primeiros seguidos de et al. O periódico deverá ter seu nome abreviado de acordo com a LIST OF JOURNALS INDEXED IN INDEX MEDICUS do ano corrente, disponível também on-line nos sites: www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html ou www.nlm.nih.gov/citingmedicine ou, se não for possível, a Associação de Normas Técnicas (ABNT). Exemplos:

1. Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. *Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. Br J Cancer* 1996;73:1006-12.

2. Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3.

3. The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-4.

4. Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994;84:15.

5. Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management*. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995.p.465-78.

6. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on line] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[24 screens]. Available from: URL: www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm.

7. Leite DP. Padrão de prescrição para pacientes pediátricos hospitalizados: uma abordagem farmacoepidemiológica [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998.

Referências de “resultados não publicados” e “comunicação pessoal” devem aparecer, entre parênteses, seguindo o(s) nome(s) individual (is) no texto. Exemplo: Oliveira AC, Silva PA e Garden LC (resultados não publicados). O autor deve obter permissão para usar “comunicação pessoal”.

Citações bibliográficas: As citações bibliográficas no texto devem ser numeradas com algarismos arábicos sobrescritos, na ordem em que aparecem no texto.

Figuras, tabelas, gráficos, anexos: No original deverão estar inseridos tabelas, fotografias, gráficos, figuras ou anexos. Devem ser apresentados apenas quando necessários, para a efetiva compreensão do texto e dos dados, totalizando no máximo três.

a) As figuras, sempre em preto e branco, devem ser originais e de boa qualidade. As letras e símbolos devem estar na legenda.

b) As legendas das figuras e tabelas devem permitir sua perfeita compreensão, independente do texto.

c) As tabelas, com título e legenda, deverão estar em arquivos individuais.

d) É preciso indicar, em cada figura, o nome do primeiro autor e o número da figura. Figuras e tabelas deverão ser numeradas separadamente, usando algarismo arábico, na ordem em que aparecem no texto.

Abreviações / nomenclatura: O uso de abreviações deve ser mínimo. Quando expressões extensas precisam ser repetidas, recomenda-se que suas iniciais maiúsculas as substituam após a primeira menção. Esta deve ser seguida das iniciais entre parênteses. Todas as abreviações em tabelas e figuras devem ser definidas nas respectivas legendas. Apenas o nome genérico do medicamento utilizado deve ser citado no trabalho.

Terminologia: Visando o emprego de termos oficiais dos trabalhos publicados, a RAMB adota a Terminologia Anatômica Oficial Universal, aprovada pela Federação Internacional de Associações de Anatomistas (FIAA). As indicações bibliográficas para consulta são as seguintes: FCAT – IFAA (1998) – International Anatomical Terminology – Stuttgart – Alemanha – Georg Thieme Verlag , Editora Manole.

ARTIGO ORIGINAL

Satisfação com o parto e violência obstétrica em um estado brasileiro

Satisfaction with labor and obstetric violence in a brazilian state

Luiza Neves de Santana Teles¹

Daniela Siqueira Prado²

Ricardo Queiroz Gurgel³

Rosemar Barbosa Mendes⁴

¹ Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, Brasil *.

² Médica e Professora do departamento de Medicina. Universidade Federal de Sergipe, Brasil.

³ Médico e Professor do departamento de Medicina. Universidade Federal de Sergipe, Brasil.

⁴ Professora do departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Sergipe, Brasil.

Correspondência*: Avenida Augusto Franco, 3500, Casa 317, Ponto Novo. Aracaju SE Brasil
CEP 49097670

E- mail: luizanevessantana@gmail.com

Telefone: 5579999609388

Conflite de interesse: nenhum

RESUMO

Objetivo: Avaliar a satisfação das puérperas com a assistência prestada, e descrever a prevalência de violência no parto e sua associação com variáveis sócio-econômicas e obstétricas. **Métodos:** estudo tipo coorte em 11 maternidades de um estado do Brasil entre Junho de 2015 e Abril de 2016. Questionários foram aplicados através de entrevistas presenciais e ligações telefônicas para 768 puérperas, após 6h e com 45-60 dias pós-parto. Foram abordados aspectos da satisfação com o parto, e sobre a existência de violência obstétrica, e qual a sua apresentação (verbal, física ou psicológica) segundo: etnia, nível educacional, tipo de parto, presença de acompanhante e forma de serviço. O teste exato de Fisher foi usado para associações entre variáveis categóricas. O nível de significância foi 5% e o software foi o R Core Team 2017. **Resultados:** A satisfação com assistência foi considerada boa ou excelente por 85,7% das mulheres, e os fatores mais associados a ela foram: setor privado, ensino superior, maior idade e cesárea eletiva. A violência obstétrica foi relatada por 60 pacientes (12, 2%), sendo a verbal a mais frequente no serviço público (privado= 0% x público= 8, 9%; $p= 0,002$). **Conclusões:** a satisfação com o atendimento obstétrico foi alta. Atitudes violentas foram pouco verificadas, tendo sido a verbal mais prevalente no sistema público.

Descritores: Assistência perinatal; Satisfação do paciente.

SUMMARY

Background: To evaluate puerperal women satisfaction with the assistance provided and to describe the prevalence of violence during labor and its association with socio-demographic and obstetric variables. **Methods:** A cohort study in all the 11 maternity hospitals from a Brazilian state between June 2015 and April 2016. Face to face and telephone interviews were carried out with 768 puerperal women, after 6 hours and 45-60 days after delivery. They were asked about their satisfaction with labor and childbirth and about the existence of obstetric violence, and what kind (verbal, physical or psychological) according to: ethnicity, educational level, age, mode of delivery, companion presence and way of service. Fisher's exact test was used to evaluate associations between categorical variables. The R core team 2017 was used, and the adopted significance level was 5%. **Results:** Satisfaction with obstetric assistance was considered "good" or "excellent" by 85,7% of the women, and the most associated factors were: private sector, higher education, older age, elective cesarean. Obstetric violence was reported by 60 patients (12, 2%), and verbal violence was more frequent among public service patients (private= 0% x public= 8, 9%; $p= 0, 002$). **Conclusions:** Satisfaction with obstetric assistance was high. The prevalence of obstetric violence was low, and verbal violence was more prevalent among women in the public health service.

Keywords: Perinatal care; Patient Satisfaction.

INTRODUÇÃO

A cada ano acontecem no Brasil cerca de 3 milhões de nascimentos, 98% dos quais em estabelecimentos hospitalares, sejam eles públicos ou privados¹. Dessa maneira, é crescente a preocupação com os modelos assistenciais durante o parto.

Segundo o Ministério da Saúde: “A assistência hospitalar ao parto deve ser segura, garantindo para cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas fundamentalmente, deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto”². Desse modo, a qualidade dos serviços obstétricos assume um importante papel para o alcance de melhorias na saúde materna e infantil. No entanto, avaliar a qualidade dos serviços obstétricos não é simples, pois são dois pacientes envolvidos, que por vezes podem ter necessidades conflitantes, e esse balanço requer um cálculo complexo e cuidadoso³.

Estudos sobre satisfação da mulher com o parto mostram que a qualidade da relação entre os profissionais de saúde e as parturientes, especialmente suas atitudes e comportamentos em relação a suporte emocional, capacidade de comunicação, fornecimento adequado de informações e participação nas decisões, são fortes e consistentes preditores da satisfação com o atendimento ao parto⁴.

Em um caminho contrário ao que é preconizado pelas diretrizes de humanização no parto, há descrições de atitudes violentas na assistência ao parto, o que desperta a preocupação de muitos membros da sociedade. Desde 2014, cinco observatórios de violência no parto liderados por grupos civis da sociedade foram criados no Chile, Espanha, Argentina, Colômbia e França, e em 2016 eles lançaram uma declaração comum relatando que a violência no parto tem sido uma das formas mais invisíveis e naturalizadas de violência contra mulheres, o que constitui uma violação grave dos direitos humanos⁵.

Embora tenham aumentado o número de pesquisas científicas sobre os novos modelos assistenciais em surgimento, ainda é escassa a quantidade de estudos acerca da qualidade do serviço prestado durante a assistência ao

parto relacionada à satisfação materna e violência vivida. Tendo isso em vista, o presente estudo tem como objetivo avaliar a satisfação das puérperas com a assistência prestada, e a incidência de violência durante o parto segundo variáveis sócio-demográficas.

MÉTODOS

Estudo de abrangência estadual, de base hospitalar e do tipo coorte, que faz parte do Projeto Nascer em Sergipe: Inquérito sobre assistência pré-natal, parto e puerpério. Foram incluídas as onze maternidades públicas e privadas do estado de Sergipe onde ocorreram pelo menos 500 partos em 2014. O estudo foi realizado entre junho de 2015 a abril de 2016. Pesquisadoras que participaram do estudo nacional, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), realizaram treinamento da equipe local para avaliação de amostra representativa do estado de Sergipe.

O cálculo da amostra foi feito considerando-se a taxa de cesariana de 38%⁶, totalizando 358 mulheres a serem entrevistadas. Este valor foi calculado para estimar a prevalência de cesariana em todo o estado de Sergipe para instituições com 500 ou mais partos, com 95% de intervalo de confiança. Prevendo perdas de seguimento e para avaliar associações com outras variáveis, duplicamos a amostra para 768 puérperas e seus conceitos. Foi adotada a alocação proporcional ao tamanho da instituição para distribuir o número amostral calculado.

Numa primeira fase, os dados foram coletados tanto por meio da aplicação de um questionário com perguntas diretamente às puérperas entre 6h e 24h do parto, como da extração de informações dos prontuários dessas pacientes e do recém-nascido após a alta, e da fotografia dos cartões pré-natais. A permanência mínima dos entrevistadores em cada instituição foi de sete dias. Caso o número de puérperas pudesse ser atingido antes deste período, procedia-se a um sorteio aleatório com a limitação do número diário de entrevistadas, para que os sete dias fossem atingidos.

Todas as mulheres sorteadas, admitidas nas maternidades selecionadas por ocasião da realização do parto, com idade gestacional maior ou igual a 22 semanas de gestação e que aceitaram participar do estudo, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram incluídas. Foram excluídas as mulheres que não falassem ou não compreendessem o idioma (português), que tiveram parto em trânsito, ou que não pudessem ser acessadas por contato telefônico com 45-60 dias após o parto.

Posteriormente, entre 45 e 60 dias após o parto, 490 puérperas puderam ser interrogadas, por ligação telefônica, para responder novamente a algumas perguntas sobre os desfechos materno e neonatais. Entre os motivos da perda, algumas possuíam número de telefone inexistente, outras se recusaram a responder ou tiveram ligações infrutíferas (celular desligado ou não se encontrava em casa).

Nesta etapa, para avaliar a satisfação com atendimento da puérpera, foram abordados os seguintes desfechos (variáveis dependentes): tempo de espera para serem atendidas, o respeito no acolhimento e na comunicação, a clareza na transmissão das informações, o tempo disponível para fazer perguntas, a possibilidade de participação nas decisões sobre o trabalho de parto e parto, a avaliação do atendimento durante o parto, os cuidados e orientações pós-parto, e o atendimento do recém-nascido.

O grau de satisfação com cada uma das perguntas deveria ser graduado da seguinte forma: 1 “excelente” (o maior grau de satisfação), 2 para “bom”, 3 para “regular”, 4 para “ruim”, e 5 para “péssimo”, o que permite maior variabilidade nas respostas. Foi avaliado como satisfatório o atendimento obstétrico quando pelo menos sete das nove variáveis dependentes avaliadas foram respondidas com “excelente” ou “bom”.

A ocorrência de violência foi avaliada pela pergunta: “Na sua internação para o parto, a Sra. considera que foi vítima de algum maltrato ou outra forma de violência por parte dos profissionais: algum profissional gritou ou xingou a Sra. (violência verbal), algum profissional a ameaçou, humilhou ou se negou a atendê-la ou oferecer algum tipo de alívio para dor (violência

psicológica), algum profissional a empurrou, machucou ou fez exame de toque de forma dolorosa (violência física)? ”, sendo admitida mais de uma opção de resposta positiva e sendo elas posteriormente agrupadas em “algum tipo de violência” (sim/não).

As variáveis de exposição (independentes) avaliadas foram: cor/raça (brancas e não-brancas), escolaridade (analfabeta ou de ensino fundamental, ensino médio e ensino superior), idade (10-19 anos, 20-34 anos, e acima de 35 anos), tipo de parto (normal, cesárea intraparto ou cesárea eletiva), presença ou não de acompanhante e tipo de serviço (público ou privado).

Os dados coletados foram descritos por meio de frequência simples e percentual quando categóricas, e média e desvio padrão quando ordinais. Para avaliar diferenças de média foi utilizada a análise de variância (ANOVA). Para avaliar associação entre variáveis categóricas foi utilizado o teste Exato de Fisher. O nível de significância adotado foi de 5% e o software utilizado foi o R Core Team 2017.

Os questionários utilizados foram os mesmos aplicados e elaborados pela Fiocruz na Pesquisa Nascer no Brasil. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe, sob o CAAE: 22488213.4.0000.5546.

RESULTADOS

A maioria das mulheres eram de cor não branca (85,8%), com ensino fundamental ou analfabetas (46,4%), e faixa etária entre 20 e 34 anos (69,3%). Foi encontrado percentual superior de partos com financiamento público (85,9%). O percentual de cesarianas foi 40,6%, e 40,6% das pacientes tiveram presença de acompanhante durante toda a internação (tabela 1).

No total, 420 mulheres (85,7%) mostraram-se satisfeitas com o atendimento. As pacientes do serviço público referiram maior tempo de espera (2,05 x 1,74, $p= 0,014$), menor respeito dos profissionais ao receber e falar (1,82 x 1,53, $p= 0,005$), menor clareza com que foram dadas as explicações (1,96 x 1,64, $p= 0,007$), menos tempo disponível para a realização de

perguntas (2,18 x 1,85, $p= 0,011$), menor participação nas decisões sobre o trabalho de parto (2,32 x 1,48, $p< 0,001$), pior avaliação do atendimento ao parto (1,76 x 1,29, $p< 0,001$), menos cuidados e orientações pós-parto (1,86 x 1,58, $p= 0,011$), e pior atendimento ao recém-nascido (1,67 x 1,35, $p< 0,001$) (tabelas 1 e 2).

Em relação à cor da pele, o único aspecto que teve diferença observado foi a participação nas decisões sobre trabalho de parto e parto, em que as mulheres não brancas referiram uma menor participação (2,23Y x 1,92, $p= 0,017$) (tabela 2).

No tocante à escolaridade, as pacientes de ensino superior referiram maior tempo disponível para a realização de perguntas em relação às de ensino médio e às analfabetas ou de ensino fundamental (1,84 x 2,19 x 2,16, $p= 0,052$), maior participação nas decisões sobre trabalho de parto e parto (1,66 x 2,23 x 2,30, $p< 0,001$), e melhor avaliação do atendimento ao parto (1,36 x 1,72 x 1,75, $p= 0,005$) (tabela 2).

No que se refere à idade, o único aspecto significativo observado foi a participação nas decisões sobre trabalho de parto e parto, melhor avaliada pelas mulheres mais velhas (≥ 35 anos) em relação ao grupo de mulheres entre 20 e 34 anos, e o grupo entre 10 e 19 anos (respectivamente, 1,83 x 2,2 x 2,31, $p= 0,034$) (tabela 2).

As pacientes que tiveram cesárea eletiva comparadas às que tiveram cesárea intraparto e parto normal referiram maior participação nas decisões sobre trabalho de parto e parto (1,95 x 2,23 x 2,28, $p= 0,012$), melhor atendimento ao parto (1,47 x 1,86 x 1,74, $p= 0,002$), e melhor atendimento ao recém-nascido (1,48 x 1,65 x 1,68, $p= 0,031$).

Violência verbal, psicológica e física foram relatadas por 7,3% (36), 4,1% (20) e 3,9% (19) das pacientes respectivamente. Foi verificado diferença em relação à violência verbal por tipo de serviço, tendo sido mais frequente nas usuárias do serviço público (privado= 0%, público= 8,9%; $p= 0,002$); e por tipo de parto, tendo sido mais frequente nas mulheres que tiveram cesárea intraparto (cesárea intraparto= 11%, normal= 8,5%, cesárea eletiva= 3%; $p= 0,039$).

DISCUSSÃO

A avaliação da satisfação com assistência obstétrica pelas pacientes é um fenômeno complexo influenciado por diversos fatores⁷, e traduz uma compreensão dos diversos e complexos processos psicossociais e organizacionais, estando relacionada principalmente ao bem estar das usuárias dos serviços⁸.

De forma geral, as pacientes avaliaram de forma satisfatória o atendimento durante o parto. O alto grau de satisfação com o atendimento ao parto foi também apontado por vários outros estudos, tanto de base nacional como internacional. Um estudo descritivo realizado em 2007 no Ceará revelou que 74,3% das puérperas mostraram-se muito satisfeitas com o atendimento de modo geral durante o parto⁸. Um outro estudo nacional realizado em 2017 num hospital público de São Paulo avaliou a satisfação materna com o parto em relação ao ambiente e à equipe profissional e demonstrou resultado positivo⁹.

Embora os índices de satisfação obtidos tenham sido altos, o grupo de puérperas cujo parto teve fonte pública de pagamento teve um índice menor de satisfação em vários aspectos que envolvem a relação com os profissionais, como menor tempo para a realização de perguntas, menor clareza com que as explicações foram dadas, menor possibilidade de participação sobre as decisões relacionadas ao parto, menos orientações e cuidados pós-parto, e menos cuidados com o recém-nascido. Semelhante ao demonstrado no estudo Nacer no Brasil, em 2014, que verificou uma satisfação menor no grupo das pacientes atendidas nas maternidades públicas, principalmente na relação com os profissionais. Em estudo transversal realizado no Kenya, a satisfação relatada pelas puérperas do atendimento privado (4,60 de um máximo de 5,0) também se destacou em relação ao sistema público (4,46 de um máximo de 5), embora de forma discreta¹⁰.

A satisfação da paciente com a qualidade da assistência do serviço e a interação entre os provedores do serviço e a paciente são importantes indicadores da qualidade dos serviços providos nos hospitais¹⁰. Os piores

indicadores referidos pelas puérperas do serviço público podem se dever a questões estruturais (poucos leitos, muitas pacientes, falta de material) e a uma inadequada preparação da equipe. Alguns autores defendem ainda, que no atendimento privado há um maior vínculo com o profissional, construído ao longo do pré-natal, facilitando desse modo a relação e o entendimento¹¹.

Constatou-se, no presente estudo, que as mulheres com maior grau de instrução levam mais tempo para a consulta, o que pode ser explicado pelo maior grau de educação, que leva a uma maior capacidade de questionamentos, portanto, não necessariamente os profissionais disponibilizam menos tempo para a consulta das mulheres do serviço público, isto pode se dever à menor escolaridade das mulheres. Da mesma forma, conseguem participar mais ativamente das decisões sobre o parto e o trabalho de parto. Resultados compatíveis foram obtidos por estudo conduzido com 447 mulheres no Nepal, que também observou maior grau de satisfação entre as mulheres que tiveram mais oportunidades de esclarecer suas dúvidas com os profissionais de saúde¹². A falta de envolvimento nas decisões, informações e educação inadequadas sobre os cuidados de saúde estão associados com o grau de insatisfação¹³.

Em relação à participação nas decisões sobre o trabalho de parto e parto, as mulheres que tiveram cesárea eletiva referiram maior satisfação, o que sugere a existência de cesárea por escolha da paciente e não do médico. Estudo que entrevistou 335 mulheres na Alemanha observou que o envolvimento para a tomada de decisões por parte da mãe foi um dos fatores reconhecidos como mais importantes para melhorar a satisfação com o momento do parto¹⁴.

Embora não devesse haver nenhum registro de violência, os percentuais de mulheres que relataram ter sido vítimas de alguma agressão durante o parto, seja ela verbal, física ou psicológica, foram baixos, e apenas a violência verbal foi mais verificada no sistema público e nas mulheres que tiveram cesárea intraparto. Pesquisas a nível nacional retratam índices maiores de violência no parto, chegando até a 30%^{15,16}. Um estudo nacional realizado em 2014 demonstrou relação significativa entre violência verbal, física e

psicológica e fonte de pagamento, tendo o parto sob pagamento privado menor prevalência de violência e não mostrou relação entre a via de parto e a prevalência de violência¹⁷.

No entanto, podemos questionar se de fato os índices de violência durante o parto no estado são baixos ou se ela já está tão naturalizada no ambiente a ponto de não ser reconhecida, já que muitas mulheres podem ter a percepção de que o excesso de processos de intervenção e de medicalização é normal ou relacionado à qualidade do atendimento¹⁸.

A perda de seguimento de 210 pacientes (27,3%) foi uma limitação do presente estudo, mas puderam ser avaliados 490 de forma prospectiva, permitindo avaliação satisfatória a nível estadual.

Diante do exposto, concluímos que a satisfação com o atendimento obstétrico foi boa no estado de Sergipe, e os fatores associados à maior satisfação foram: ser do setor privado, ter ensino superior, ter maior idade e ter tido cesárea eletiva. Atitudes violentas foram pouco verificadas e apenas a verbal foi mais prevalente no sistema público.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. MS/SVS/DASIS. Nascidos vivos-Brasil. Nascimento/residência mãe segundo Região. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos SINASC, 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tablet.exe-/sinasc/cnv/nuv.deff> Acesso em: 17 ago. 2017.
2. Brasil. MS/SVS/DASIS. Nascidos vivos- Brasil. Nascimento/residência mãe segundo Região. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos SINASC, 2013.
3. Korst LM, Gregory KD, Lu MC, Reyes C, Hobel CJ, Chavez GF. A framework for the development of maternal quality of care indicators. *Matern. child health. j.* 2005; 9: 317-41.

4. Hodnett E. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am. j. obstet. Gynecol.* 2002; 186 :S160-72.

5. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, Clausen JA. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters.* 2016; 24:47-55.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Datasus. [Informações de saúde (TABNET). Estatísticas vitais. Disponível em <<http://datasus.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

7. Maccormack C. Birth in Four Cultures: A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States. Brigitte Jordan (revised and expanded by Robbie Davis-Floyd). *Med. Anthropol. g.* 1996; 10: 96-98.

8. Queiroz MVO, et al. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. *Texto & Contexto Enferm.* 2007; 16: 479-87.

9. Mauricio GF. Avaliação do grau de satisfação materna na assistência ao parto do HC-FMB [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Ciências médicas, UNESP, 2017.

10. Okumu C, Oyugi B. Clients' satisfaction with quality of childbirth services: A comparative study between public and private facilities in Limuru Sub-Country. *PloS one.* 2018; 13.

11. Wiklund I, Edman G, Andolf E. Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations,

experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta obstet. Gynecol. Scand.* 2007; 86: 451-456.

12. Mehata S, et al. Factors determining satisfaction among facility-based maternity clients in Nepal. *BMC pregnancy and childbirth.* 2017; 17: 319.

13. Schoenfelder T, et al. Patient satisfaction and willingness to return to the provider among women undergoing gynecological surgery. *Arch. gynecol. Obstet.* 2014; 290: 683-690.

14. Spaich S, et al. Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. *Eur. J. obstet. gynecol. reprod. biol.* 2013; 170: 401-406.

15. Biscegli TS et al. Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escola do interior do estado de São Paulo. *CuidArte, Enferm.* 2015; 9:18-25.

16. Müller J, Collaço VS, Santos EKA. O significado para as puérperas do suporte profissional no processo parturitivo. *Rev Científica CENSUPEG.* 2013; 2:78-88.

17. D'Orsi E, et al . Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30: S154-168. Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S154-S168.

18. Lima KDD et al. Raça e violência obstétrica no Brasil. [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Ageus Magalhães, 2016.

TABELAS

TABELA 1- Características gerais da amostra e associação entre variáveis sócio-econômicas e obstétricas na avaliação da satisfação materna com o atendimento obstétrico nas maternidades de Sergipe entre junho de 2015 e abril de 2016.

	Amostra	Tempo de espera			Respeito dos profissionais			Tratamento respeitoso durante exames			Clareza nas explicações		
	N/%	M	DP	p	M	DP	p	M	DP	p	M	DP	p
Cor/raça													
Branca	109 (14,2%)	2,07	1,12		1,82	0,87		1,65	0,75		1,93	1,04	
Não branca	659 (85,8%)	1,99	1,1	0,518	1,76	0,89	0,582	1,73	0,9	0,456	1,91	1,00	0,844
Escolaridade													
Analfabeto/Fundamental	356 (46,4%)	2,01	1,12		1,84	0,88		1,79	0,89		1,96	0,98	
Médio	310 (40,4%)	2,05	1,12	0,214	1,75	0,87	0,152	1,71	0,84	0,015	1,93	1,06	0,076
Superior	101 (13,2%)	1,8	0,9		1,63	0,94		1,55	0,93		1,67	0,89	
Idade (anos)													
10-19	164 (21,4%)	1,91	1,02		1,81	0,84		1,71	0,74		1,96	1,01	
20-34	532 (69,3%)	2,06	1,12	0,138	1,73	0,9	0,177	1,73	0,84	0,956	1,91	1,00	0,481
≥35	72 (9,4%)	1,78	1,08		1,64	0,81		1,69	1,3		1,76	1,04	
Tipo de parto													
Normal	456 (59,4%)	1,99	1,07		1,84	0,91		1,78	0,91		1,96	1,03	
Cesárea intraparto	110 (14,3%)	2,23	1,35	0,087	1,73	0,87	0,065	1,64	0,77	0,190	1,88	1,14	0,378
Cesárea eletiva	202 (26,3%)	1,9	0,98		1,64	0,84		1,64	0,84		1,82	0,87	
Acompanhante													
Não	457 (59,4%)	2,14	1,11	0,253	1,92	0,91	0,132	1,89	0,97	0,075	1,99	0,98	0,480
Sim	311 (40,6%)	1,98	1,10		1,75	0,88		1,69	0,86		1,90	1,01	
Tipo de serviço													
Privado	108 (14,1%)	1,74	0,91	0,014	1,53	0,89	0,005	1,56	0,94	0,068	1,64	0,91	0,007
Público	660 (85,9%)	2,05	1,12		1,82	0,88		1,75	0,86		1,96	1,02	

M: média; **p:** nível de significância ; **DP:** Desvio-padrão.

TABELA 2- Associação entre variáveis sócio-econômicas e obstétricas na avaliação da satisfação materna com o atendimento obstétrico nas maternidades de Sergipe entre junho de 2015 e abril de 2016.

	Tempo para perguntas			Participação nas decisões			Avaliação do atendimento			Orientações pós-parto			Atendimento ao recém-nascido		
	M	DP	p	M	DP	p	M	DP	p	M	DP	p	M	DP	p
Cor/raça															
Branca	2,14	1,00		1,92	0,95		1,60	0,91		1,96	1,02		1,63	0,82	
Não branca	2,13	1,14	0,894	2,23	1,15	0,017	1,70	0,93	0,327	1,79	0,93	0,124	1,62	0,78	0,892
Escolaridade															
Analfabeto/Fundamental	2,16	1,08		2,30	1,06		1,75	0,86		1,84	0,86		1,63	0,65	
Médio	2,19	1,17	0,052	2,23	1,18	<0,001	1,72	0,97	0,005	1,81	0,99	0,719	1,63	0,86	0,770
Superior	1,84	1,03		1,66	1,02		1,36	0,92		1,74	1,03		1,52	0,92	
Idade (anos)															
10-19	2,30	1,22		2,31	1,15		1,79	0,90		1,85	0,89		1,70	0,69	
20-34	2,12	1,08	0,081	2,20	1,12	0,034	1,65	0,90	0,391	1,83	0,95	0,567	1,62	0,81	0,124
≥35	1,89	1,17		1,83	1,07		1,70	1,14		1,69	0,94		1,44	0,74	
Tipo de parto															
Normal	2,14	1,07		2,28	1,14		1,74	0,91		1,82	0,90		1,68	0,76	
Cesárea intraparto	2,10	1,20	0,954	2,23	1,15	0,012	1,86	1,07	0,002	1,94	1,15	0,312	1,65	0,88	0,031
Cesárea eletiva	2,13	1,17		1,95	1,06		1,47	0,83		1,74	0,90		1,48	0,77	
Acompanhante															
Não	2,30	1,17	0,519	2,32	1,09	0,279	1,85	1,02	0,106	1,90	0,87	0,398	1,73	0,73	0,216
Sim	2,10	1,11		2,17	1,13		1,66	0,91		1,80	0,95		1,60	0,79	
Tipo de serviço															
Privado	1,85	1,05	0,011	1,48	0,75	<0,001	1,29	0,81	<0,001	1,58	0,94	0,011	1,35	0,72	<0,001
Público	2,18	1,12		2,32	1,14		1,76	0,93		1,86	0,94		1,67	0,78	

M: média; **p:** nível de significância ; **DP:** Desvio-padrão.

TABELA 3- Incidência da violência durante o parto e sua associação com variáveis sócio-econômicas e obstétricas nas maternidades de Sergipe entre junho de 2015 e abril de 2016.

	Violência Verbal (N/%)			Violência Psicológica (N/%)			Violência física (N/%)		
	Sim	Não	p-valor	Sim	Não	p-valor	Sim	Não	p-valor
Cor/Raça									
Branco	5 (6,7)	70 (93,3)	1,000	3 (4)	72 (96)	1,000	2 (2,7)	73 (97,3)	0,752
Não Branco	31 (7,5)	384 (92,5)		17 (4,1)	398 (95,9)		17 (4,1)	398 (95,9)	
Escolaridade									
Analfabeto/Fundamental	14 (6,7)	195 (93,3)	0,404	8 (3,8)	201 (96,2)	0,350	7 (3,3)	202 (96,7)	0,767
Médio	19 (9)	191(91)		7 (3,3)	203 (96,7)		10 (4,8)	200 (95,2)	
Superior	3 (4,2)	68 (95,8)		5 (7)	66 (93)		2 (2,8)	69 (97,2)	
Idade									
10-19	5 (5,2)	92 (94,8)	0,464	3 (3,1)	94 (96,9)	0,665	4 (4,1)	93 (95,9)	0,932
20-34	29 (8,5)	314 (91,5)		14 (4,1)	329 (95,9)		13 (3,8)	330 (96,2)	
>=35	2 (4)	48 (96)		3 (6)	47 (94)		2 (4)	48 (96)	
Tipo de Parto									
Normal	24 (8,5)	258 (91,5)	0,039	9 (3,2)	273 (96,8)	0,160	12 (4,3)	270 (95,7)	0,794
Cesárea Intraparto	8 (11)	65 (89)		6 (8,2)	67 (91,8)		3 (4,1)	70 (95,9)	
Cesárea Eletiva	4 (3)	131 (97)		5 (3,7)	130 (96,3)		4 (3)	131 (97)	
Acompanhante									
Não	7 (10,1)	62 (89,9)	0,323	5 (7,2)	64 (92,8)	0,181	3 (4,3)	66 (95,7)	0,740
Sim	29 (6,9)	392 (93,1)		15 (3,6)	406 (96,4)		16 (3,8)	405 (96,2)	
Tipo de Serviço									
Privado	0 (0)	84 (100)	0,002	4 (4,8)	80 (95,2)	0,761	1 (1,2)	83 (98,8)	0,221
Público	36 (8,9)	370 (91,1)		16 (3,9)	390 (96,1)		18 (4,4)	388 (95,6)	

p-valor: nível de significância

APÊNDICES

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I – Dados sobre a pesquisa científica

Título: NASCER EM SERGIPE: Inquérito sobre assistência pré-natal, parto e puerpério

Pesquisadores: Andrea Monteiro Correia Medeiros, Daniela Siqueira Prado, Felipa Daiana Bezerra, Rosana Queiroz Gurgel e Rosemar Barbosa Mendes

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Queiroz Gurgel

II – Termo de Consentimento

Prezada

Você está sendo convidada a participar da pesquisa **“Nascer em Sergipe: Inquérito sobre assistência pré natal, parto e puerpério”**, 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 e em 6 meses após esta entrevista, para saber como estará a sua saúde e do seu filho, de forma mais rápida. 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 – 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

IV – Informações dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa.

1. Rosemar Barbosa Mendes. Prof^a. Ms do Núcleo de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe.

2. Daniela Siqueira Prado. Prof Ms Dep. Medicina da Universidade Federal de Sergipe.

3. Felipa Daiana Bezerra, enfermeira da UTI neonatal da Maternidade Nossa Sra de Lourdes.

4. Rosana Queiroz Gurgel. Prof da Universidade Tiradentes

5. Andrea Monteiro Correia Medeiros. Prof adjunta Dep Fonoaudiologia da UFS

6. Ricardo Queiroz Gurgel - professor adjunto da graduação e pós graduação da Universidade Federal de Sergipe

Endereço profissional e telefone dos pesquisadores: Universidade Federal de Sergipe, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Medicina. RUA CLAÚDIO BATISTA, S/N - NPGME- Didática V BAIRRO

SANATÓRIO cep 49060100 - Aracaju, SE – Brasil, telefone: (079) 21051783 e
 – mail: ricardoggurgel@gmail.com

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

ANEXOS

ANEXO A- Questionário NASCER aplicado nas maternidades

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
 PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
 PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM MEDICINA
 DOUTORADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
 PESQUISA: NASCER EM SERGIPE: assistência pré-natal e resultados perinatais

QUESTIONARIO HOSPITALAR- PUERPERA

QUESTIONÁRIO | | | | | | | | | | | | | | | |

Para todo questionário, preencher com dígitos 8 para não se aplica e com dígitos 9 para não sabe informar.

I IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

1. Horário de início da entrevista :	
2. Data Entrevista / /	
3. Data do parto / /	
4. Nº do prontuário da mãe	
5. Tipo de gestação 1. Única 2. Gemelar (dois) 3. Gemelar (três) 4. Gemelar (quatro)	
6. 1º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal 9. Não soube informar	
7. Nome do 1º Recém-nascido	
8. 2º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal 9. Não soube informar	
9. Nome do 2º Recém-nascido _____	
10. 3º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal 9. Não soube informar	
11. Nome do 3º Recém-nascido _____	
12. 4º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal 9. Não soube informar	
13. Nome do 4º Recém-nascido _____	

II IDENTIFICAÇÃO DA MÃE

"Vou fazer algumas perguntas sobre você."

"Agora vou lhe fazer perguntas para saber se você já esteve grávida outras vezes antes da gravidez do(nome do bebê) e o que aconteceu em cada uma delas."

30. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê), quantas vezes você ficou grávida, contando com algum aborto ou perda que você tenha tido? (Se 00, vá para 55)	
31. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê), você teve algum aborto ou perda com menos de 5 meses de gravidez? 0. Não (vá para a 34) 1. Sim	
32. Quantos?	
33. E quantos desses abortos ou perdas foram espontâneos?	
34. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê), quantos partos você já teve? (Se 00, vá para 55)	
35. E quantos desses partos foram normais (incluindo partos a fórceps e vácuo)?	
36. E quantos desses partos foram cesarianas? (Se 00, vá para 40)	
37. Qual foi a data do seu último parto cesariana, antes do nascimento do(a) (nome do bebê)?	
29. Telefone de trabalho da entrevistada ou de companheiro:	
38. Qual foi o motivo dessa última cesariana que você teve antes do nascimento do (nome do bebê)? (Não ler as opções)	
01. Queria ligar as trompas	
02. Já tinha cesárea anterior	
03. Não queria sentir a dor do parto normal	
04. Medo de falta de vaga para internação	
05. Medo da violência na cidade	
06. Bebê estava enrolado no cordão	
07. Bebê estava sentado/ atravessado	
08. Bebê era grande/ não tinha passagem/ não teve dilatação/bebê não desceu/ não encaixou	
09. Bebê passou do tempo	
10. Sofrimento do bebê	
11. Pouco líquido na bolsa (amniótico)	
12. Placenta baixa	
13. Problema de pressão alta	
14. Problema de diabetes	
15. Infecção pelo HIV / AIDS	
16. Verruga genital/condiloma ou problema no preventivo do colo do útero	
17. Exame de cultura para streptococo na vagina e/ou ânus positivo	
18. Descolamento prematuro da placenta	
19. Sangramento	

20. Outra razão não citada (responda a 39)	
39. Que razão? _____	
40. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê), quantos filhos nasceram vivos? (incluir aqueles que faleceram logo após o nascimento) (Se 00, passar para a questão 43)	
41. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê), algum filho nasceu vivo e morreu no primeiro mês de vida? 0. Não (vá para 43) 1. Sim	
42. Quantos?	
43. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê), algum filho nasceu morto com 5 meses ou mais de gestação ou pesando mais de meio quilo? 0. Não (vá para 45) 1. Sim	
44. Quantos?	
45. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê), algum filho nasceu com peso menor que dois quilos e meio? 0. Não (vá para 47) 1. Sim	
46. Quantos?	
47. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê), algum filho nasceu prematuro (antes do tempo)? 0. Não (vá para 49) 1. Sim	
48. Quantos?	
49. Nas outras vezes em que ficou grávida você teve: (ler as opções) (preencher 9 para “não sabe se teve este problema/não soube informar”)	
50. Cerclagem/costurou o colo do útero para segurar o bebê? 0. Não 1. Sim	
51. Eclâmpsia/convulsão? 0. Não 1. Sim	
52. Problema de pressão alta que precisou fazer o parto antes do tempo? 0. Não 1. Sim	
53. Ruptura Uterina/ Útero rompeu? 0. Não 1. Sim	
54. Diabetes/ açúcar alto no sangue? 0. Não 1. Sim	
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?) 0. Não 1. Sim	

--	--

IV. PRÉ-NATAL

"Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre a gravidez do (nome do bebê)."

56. Quando ficou grávida, você: (ler as opções) 1. Queria engravidar naquele momento 2. Queria esperar mais tempo 3. Não queria engravidar	
57. Como você se sentiu quando soube que estava grávida do (a) (nome do bebê)? (ler as opções) 1. Satisfeita 2. Mais ou menos satisfeita 3. Insatisfeita	
58. Você tentou interromper esta gravidez usando alguma medicação ou algum outro método? 0. Não (vá para 60) 1. Sim	
59. Em que mês de gestação você estava?	
60. Qual a data da sua última menstruação (antes do parto)? (Se não souber informar dia, mês ou ano, passar para a questão 62. Quando não souber informar o dia, colocar 99).	
61. Você tem certeza dessa data? 0. Não 1. Sim	
62. Você fez pré-natal na gravidez do (a) (nome do bebê)? 0. Não 1. Sim (vá para 65)	
63. Por que você não fez o pré-natal? (Não ler as opções) 01. Não sabia que estava grávida 02. Não queria essa gravidez 03. Não achou importante 04. Não sabia que precisava 05. Não tinha dinheiro 06. Não tinha quem a acompanhasse 07. O local de atendimento era distante ou de difícil acesso 08. Não conseguiu consulta 09. O atendimento era demorado 10. Não podia ir nos horários de atendimento 11. O profissional era homem 12. Não gostava dos profissionais do serviço 13. Dificuldade de transporte 14. Outro motivo (responda a 64) (Ao final dessa questão vá para a 84)	
64. Que outro motivo? _____ (vá para 84)	
65. Com quantas semanas ou meses de gravidez você começou o pré-natal? (Se souber informar semanas, não registrar meses. Se início do pré-natal até 4 meses ou 16 semanas vá para 70).	66. semanas 67. meses

76. Você fez algum exame de ultrassonografia nesta gravidez? 0. Não (vá para 78) 1. Sim	☐
77. Quantas ultrassonografias (USG) você realizou durante a gravidez?	☐ ☐ ☐
78. Durante o pré-natal do (a) (nome do bebê), você foi informada sobre: (ler as opções)	
79. Como começa o trabalho de parto? 0. Não 1. Sim	☐
80. Sinais de risco na gravidez que devem fazer você procurar um serviço de saúde? 0. Não 1. Sim	☐
81. Sobre coisas que você poderia fazer durante o trabalho de parto para facilitar o nascimento do bebê (ex: andar, tomar banho, posições para o parto, formas de diminuir a dor, etc)? 0. Não 1. Sim	☐
82. Amamentar na primeira hora de vida? 0. Não 1. Sim	☐
83. Pelo o que você entendeu no pré-natal, você diria que, para uma gestação sem complicações: (ler as opções) 1. O parto normal é mais seguro para a mãe 2. A cesárea é mais segura para a mãe 3. Tanto o parto normal quanto a cesárea são seguros para a mãe 4. Não ficou esclarecida	☐
84. Durante a gravidez do(a) (nome do bebê), algum profissional de saúde disse que você tinha algum dos seguintes problemas: (ler as opções)	
85. O colo do útero não segurava o bebê 0. Não 1. Sim	☐
86. Problemas no crescimento do bebê na sua barriga 0. Não 1. Sim ☐	☐
87. Pouco líquido amniótico 0. Não 1. Sim (vá para 89) ☐	☐
88. Muito líquido amniótico 0. Não 1. Sim ☐	☐
89. Problema de sangue Rh negativo 0. Não 1. Sim ☐	☐
90. Placenta baixa/prévia 0. Não 1. Sim	☐
91. Descolamento de placenta após o 7º mês de gravidez 0. Não 1. Sim	☐
92. Perda de líquido amniótico porque bolsa rompeu antes da hora 0. Não 1. Sim	☐

93. Diabetes/açúcar alto no sangue por causa da gravidez 0. Não 1. Sim	☐
94. Pressão alta por causa da gravidez 0. Não 1. Sim	☐
95. Eclâmpsia/Convulsões 0. Não 1. Sim	☐
96. Ameaça de parto prematuro 0. Não 1. Sim	☐
97. Sinais de sofrimento no bebê 0. Não 1. Sim	☐
98. Sífilis 0. Não 1. Sim	☐
99. Infecção urinária/cistite 0. Não 1. Sim	☐
100. Infecção pelo HIV/AIDS 0. Não 1. Sim	☐
101. Toxoplasmose (que precisou tratar) 0. Não 1. Sim	☐
102. Exame de cultura positivo para streptococo na vagina 0. Não 1. Sim	☐
103. Outras doenças infecciosas 0. Não (vá para 105) 1. Sim	☐
104. Outras doenças infecciosas? Quais? _____ _____	
105. Outros problemas? 0. Não (vá para 107) 1. Sim	☐
106. Outros problemas? Quais _____ (Caso tenha respondido “não” para todas as opções acima, vá para 110)	
107. Você foi considerada gestante de risco? 0. Não (vá para 110) 1. Sim	☐
108. Você foi encaminhada para outro serviço por ter uma gravidez de risco? 0. Não (vá para 110) 1. Sim	☐
109. Você conseguiu ser atendida neste serviço? (ler as opções) 0. Não 1. Sim, com dificuldade 2. Sim, sem dificuldade	☐
110. Durante a gravidez do (a) (nome do bebê) você foi internada alguma vez? 0. Não (vá para 113) 1. Sim	☐
111. Por qual motivo? (não ler as opções) 01. Hipertensão/pré-eclâmpsia 02. Sangramento	☐ ☐ ☐ ☐

03. Ameaça de parto prematuro	☐
04. Vômitos excessivos	☐
05. Diabetes	☐
06. Perda de líquido	☐
07. Infecção urinária	☐
08. Pouco líquido/muito líquido	☐
09. Outros (responda a 112)	☐
112. Outro? Qual motivo?	

113. Durante a gestação do (a) (nome do bebê), você foi orientada sobre qual hospital/maternidade/casa de parto procurar para ter o parto?	☐
0. Não (vá para o Bloco V) 1. Sim	
114. Você fez o parto no serviço de saúde que foi indicado?	☐
0. Não 1. Sim (vá para o Bloco V)	
115. Por que não?	☐
1. Não tinha vaga 2. Era longe ou de difícil acesso 3. Não gosto do serviço	☐
4. Outros (responda a 116)	
116. Defina o porquê	

V - DECISÃO SOBRE O TIPO DE PARTO

117. No começo da gravidez do (a) (nome do bebê), que tipo de parto você queria ter?	☐
1. Parto normal	
2. Parto cesárea	
3. Não tinha preferência alguma (vá para 120)	
118. O que você acha que pôde ter influenciado a sua preferência, no começo da gravidez, em relação ao tipo de parto? (Não ler as opções)	
01. Histórias de parto de sua família e/ou de suas amigas	☐
02. A preferência de seu marido pelo tipo de parto	☐
03. O medo da dor do parto normal	☐
04. O medo do parto normal alterar sua vagina	☐
05. Queria ligar as trompas	☐
06. O medo da cesariana	☐
07. O medo da anestesia	☐
08. Para agendar a data do parto	☐
09. Ter um profissional conhecido na hora do parto	☐
10. Experiência anterior positiva com parto normal	☐
11. Experiência anterior negativa com parto normal	☐
12. Experiência anterior positiva com cesariana	☐

13. Experiência anterior negativa com cesariana	☐	☐
14. Informação na internet	☐	☐
15. Informação em jornal e revista	☐	☐
16. Informação na televisão	☐	☐
17. Informação em grupos de gestante	☐	☐
18. Parto normal é melhor que cesariana	☐	☐
19. Melhor recuperação no parto normal	☐	☐
20. Outros (responda a 119)	☐	☐
119. Outros – Quais? _____ _____		
120. No final da gravidez do(a) (nome do bebê), próximo da data do parto, já havia decisão sobre o tipo de parto realizado? 0. Não (vá para o bloco VI) 1. Sim, parto normal 2. Sim, parto cesárea	☐	
121. De quem foi esta decisão? (ler as opções) 1. Sua 2. Do médico 3. Conjunta 4. Outra pessoa (responda a 122)	☐	
122. Outra pessoa? Quem? _____		

VI. ADMISSÃO NA MATERNIDADE

"Agora, vou lhe perguntar sobre o que aconteceu desde que chegou ao primeiro serviço que procurou até ser internada. Vamos chamar esta fase de "admissão".

123. O que fez você achar que estava na hora de procurar atendimento para o parto do(a) (nome do bebê)? (Não ler as opções) (Caso a mulher informe que foi à consulta ou telefonou para o médico e ele mandou ela vir para a maternidade, perguntar qual foi a razão e assinalar abaixo)	
01. Porque entrou em trabalho de parto	☐
02. A bolsa rompen	☐
03. Teve o sinal/perda de tampão mucoso	☐
04. Estava com dores/contrações	☐
05. A data para fazer minha cesariana estava marcada	☐
06. Fui encaminhada pelo pré-natal ou PSF	☐
07. A indução do parto em casa não funcionou	☐
08. Estava passando mal (pressão alta, sangramento, etc...)	☐
09. O bebê estava passando do tempo	☐
10. O bebê não estava mexendo	☐
11. O bebê estava em sofrimento	☐
12. Outra (responda a 124)	☐
124. Outra? Qual? _____	
125. Antes de ser internada neste hospital/maternidade você procurou atendimento em outro hospital/maternidade? 0. Não (vá para 129) 1. Sim	☐
126. Se sim, quantos?	☐

127. Por que não foi internada no outro hospital/maternidade? 1. Não havia vaga 2. Não estava em trabalho de parto 3. Foi referenciada para outro hospital por situação de risco 4. Hospital sem médico plantonista/hospital sem condição de atender 5. Não foi informada 6. Outro? (responda a 128)	☐ ☐
128. Outro? Descreva o motivo _____	
129. Como você veio para esta maternidade ? (ler as opções) 1. A pé 2. Carro particular 3. Ônibus/Trem/ Van 4. Táxi 5. Ambulância 6. Outros (responda a 130)	☐
130. Outros? Defina como veio! _____	
131. Quanto tempo se passou desde que você saiu de casa até chegar neste hospital/maternidade/casa de parto onde fez o parto? (se menos de 1 hora, anotar apenas os minutos; se mais de 1 hora e não lembrar minutos, anotar apenas horas. Preencher com 00 para as que já estavam internadas)	horas minutos
132. Depois que chegou nesse hospital/maternidade/casa de parto, quanto tempo demorou para ser atendida? (se menos de 1 hora, anotar apenas os minutos; se mais de 1 hora e não lembrar minutos, anotar apenas horas. Preencher com 00 para as que já estavam internadas)	horas minutos
133. Fizeram exame de toque vaginal quando você foi internada? 0. Não (vá para 135) 1. Sim	☐
134. Quantos centímetros de dilatação você tinha na hora da internação? 000. Não tinha dilatação	cm
135. Ouviram o coração do bebê na hora da admissão? 0. Não 1. Sim	☐

VII. TRABALHO DE PARTO

(Leia a explicação abaixo caso a resposta da mãe na questão 136 seja diferente de NÃO)

"Agora vou lhe fazer algumas perguntas referentes ao período desde que você internou até a hora do parto. Vamos chamar esta fase de 'trabalho de parto no hospital'."

136. Você entrou em trabalho de parto? 0. Não (vá para 151) 1. Sim (espontâneo ou induzido) 2. Não, apesar de ter sido induzido	☐
137. Foram oferecidos líquidos, água, sucos e/ou sopas/alimentos durante o trabalho de parto? 0. Não 1. Sim	☐

149. Qual? _____	
150. Depois que você chegou nesta maternidade, fizeram um exame chamado de cardiotocografia (exame feito através de duas fitas que ficam em volta da sua barriga para ver a contração e o batimento do coração do seu bebê)? 0. Não 1. Sim, na hora que internei 2. Sim, em alguns momentos do trabalho de parto 3. Sim, durante todo o trabalho de parto 9. Não soube informar	☐
151. Você teve acompanhante durante sua internação? 0. Não 1. Sim (vá para 154)	☐
152. Se não, por quê? (Não ler as opções) 01. A maternidade não permitia qualquer acompanhante 02. Não permitia homens 03. Só permitia para adolescente 04. Só permitia acompanhante maior de idade 05. Eu não sabia que podia 06. Eu não queria 07. Não tinha quem ficasse comigo 08. Tinha que pagar para ficar com acompanhante 09. Só podia acompanhante na sala de parto 10. Outros. (responda a 153) (Ao final dessa questão, vá para o bloco VIII)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
153. Outros? Defina! _____ (vá para o bloco VIII)	
154. Seu acompanhante ficou com você: (ler as opções)	
155. Durante o atendimento na admissão (antes de internar)? 0. Não 1. Sim	☐
156. Todo o tempo do trabalho de parto (antes de nascer) no hospital? 0. Não 1. Sim 2. Não entrei em trabalho de parto	☐
157. Durante o parto (na hora de nascer mesmo)? 0. Não 1. Sim	☐
158. No pós-parto imediato (no centro obstétrico/recuperação)? 0. Não 1. Sim	☐
159. Durante a internação após o parto (ficou junto no quarto/enfermaria)? 0. Não 1. Sim	☐
160. Quem foi o seu acompanhante? (marque mais de um se for o caso) 1. Companheiro ou pai da criança 2. Amiga 3. Mãe 4. Irmã 5. Doula 6. Outra pessoa? (responda a 161)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

161. Quem? _____	
162. Esse acompanhante era a pessoa que você havia escolhido para ficar com você? 0. Não 1. Sim	
163. Como foi a experiência de ter um acompanhante no trabalho de parto aqui no hospital? (ler as opções) 1. Ajuda muito a mulher a ficar mais tranquila e ter um parto melhor 2. Ajuda um pouco a mulher a ficar mais tranquila e ter um parto melhor 3. Nem ajuda nem atrapalha a ter um parto melhor 4. Deixa a mulher mais nervosa, não ajuda a ter um parto melhor	

VIII. PARTO

“Agora vou lhe fazer algumas perguntas referentes ao parto (hora do nascimento mesmo).”

164. Com quantos semanas/meses de gestação o (a) (nome do bebê) nasceu? (Se souber informar semanas, não marcar meses. Se maior que 37 semanas ou 9 meses passar para a questão 171)	165. Semanas 166. Meses
167. Durante a gravidez do (a) (nome do bebê) você tomou alguma injeção para amadurecer o pulmão do bebê? 0. Não (vá para 171) 1. Sim durante o pré-natal 2. Sim, na maternidade durante internação anterior 3. Sim, na maternidade nesta internação	
168. Você se lembra com quantos semanas/meses de gravidez tomou esta injeção? (se souber informar em semanas, não marcar meses) 00. Não Sim, quantos meses/ semanas	169. Semanas 170. Meses
171. O profissional de saúde que atendeu o parto do (a) (nome do bebê) foi o mesmo que acompanhou o pré-natal? 0. Não 1. Sim	
172. Qual foi o tipo de parto que você teve? (ler as opções) 1. Parto normal 2. Parto a fórceps 3. Parto cesáreo (vá para 181) (se gemelar, marcar o tipo de parto de todos os bebês)	1º 2º 3º 4º
173. Quem fez seu parto? 1. Médico (a) 2. Enfermeiro (a) 3. Parteira 4. Estudante 5. O profissional de saúde não se apresentou 6. Pariu sozinha 7. Outro? (responda a 174)	
174. Outro? Quem? _____	

09. Havia pouco líquido amniótico/ placenta velha	☐	☐
10. Você não queria sentir a dor do parto normal	☐	☐
11. O bebê estava crescendo pouco ou parou de crescer	☐	☐
12. O bebê entrou em sofrimento	☐	☐
13. Passou da hora/do tempo (pós-maturidade)	☐	☐
14. A bolsa rompeu	☐	☐
15. Grávida de gêmeos (dois ou mais)	☐	☐
16. Pressão alta	☐	☐
17. Hemorragia	☐	☐
18. Diabetes	☐	☐
19. Medo de falta de vaga para internação	☐	☐
20. Medo da violência na cidade	☐	☐
21. Morte fetal	☐	☐
22. Cirurgia ginecológica anterior (plástica perineal, miomectomia, microcesárea)	☐	☐
23. Placenta baixa (prévia)	☐	☐
24. Falha de indução/a indução não funcionou	☐	☐
25. Outra razão não citada (responda a 187)	☐	☐
187. Que razão? _____		

IX. INFORMAÇÕES DO BEBÊ – *Atenção! Não aplicar para natimortos (EM CASO DE GEMELAR, OS BLOCOS “INFORMAÇÕES DO BEBÊ” E “ALEITAMENTO MATERNO” DEVERÃO SER REPETIDOS)* “Agora vou fazer perguntas sobre o (nome do bebê).”

188. O bebê eliminou cocô (meconônio) quando ainda estava na sua barriga? 0. Não 1. Sim 9. Não soube informar	☐
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: (ler as opções) 1. Colocou para mamar 2. Ficou com o bebê no colo 3. Apenas viu o bebê 4. Não teve contato com o bebê	☐
190. O bebê veio para o quarto junto com você? 0. Não 1. Sim (vá para 197)	☐
191. Por quê? 1. Foi para o berçário/incubadora/berço aquecido 2. Foi para a UI/UTI/berçário patológico 3. Outro motivo (responda a 192)	☐
192. Outro motivo? Qual? _____	
193. Quanto tempo depois do parto seu bebê pôde ficar com você no seu quarto? (Preencher com 77 nos casos em que o bebê ainda está na UI/UTI)	194. ☐ ☐ dias 195. ☐ ☐ horas 196. ☐ ☐ minutos
197. O seu bebê teve algum destes problemas ou necessidades? (ler as opções) (preencher 9 para “não sabe se teve este problema/não soube informar)	

198. Hipoglicemia – baixa de açúcar no sangue 0. Não 1.Sim	☐
199. Malformação congênita (incluindo defeito cardíaco). 0. Não 1.Sim	☐
200. Precison de oxigênio após o nascimento 0. Não 1.Sim	☐
201. O bebê ficou amarelo (icterícia) 0. Não 1.Sim	☐
202. Tomou banho de luz 0. Não 1.Sim	☐
203. Foi transferido para outro hospital 0. Não 1.Sim	☐
204. Teve infecção 0. Não 1.Sim	☐
205. Outros 0. Não (vá para 207) 1.Sim	☐
206. Outros? Quais?	☐

X – ALEITAMENTO MATERNO (ATENÇÃO! EM CASO DE ÓBITO, NÃO APLICAR ESTE BLOCO. VÁ PARA O BLOCO XI SE GRAVIDEZ GEMELAR E NO CASO DE GRAVIDEZ ÚNICA, VÁ PARA O BLOCO XVII)

*Atenção entrevistador: NÃO fazer as perguntas deste bloco para mulheres que perderam seu bebê.
 “Agora vou fazer perguntas sobre a alimentação do (nome do bebê).”*

207. Você já ofereceu o peito para o seu bebê? 0. Não (vá para 213) 1. Sim 8. Não se aplica	☐
208. Depois do nascimento, você deu o peito na sala de parto? 0. Não 1. Sim (vá para 215)	☐
209. Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (mais ou menos) (Ao final desta questão, vá para 215)	210. ☐ ☐ dias 211. ☐ ☐ horas 212. ☐ ☐ minutos
213. Por quê ainda não deu o peito ao seu bebê? 1. Mãe HIV+ 2. Mãe HTLV+ 3. Bebê prematuro 4. Bebê doente e não pode mamar 5. Leite não desceu/ pouco leite 6. Estou com soro na veia e não tenho posição para amamentar 7. Outros (responda a 214)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐

214. Outros? Quais?	
215. (Aqui) no hospital, o/a (nome do bebê) recebeu outro leite ou líquido que não o do seu peito? 0. Não (se gemelar, vá para o bloco XI, se única, vá para o bloco XVII) 1. Sim 8. Não se aplica (se gemelar, vá para o bloco XI, se única, vá para o bloco XVII) 9. Não sei (se gemelar, vá para o bloco XI, se única, vá para o bloco XVII)	☐
216. Por quê recebeu outro leite ou líquido? (Não ler opções) 1. Bebê prematuro 2. Bebê doente 3. Leite não havia descido/estava com pouco leite 4. Rotina hospitalar 5. Eu estava com soro na veia e não tinha posição para amamentar 6. Foi prescrito pelo pediatra 7. Outros (responda a 217) 9. Não soube informar	☐ ☐ ☐ ☐
217. Outros: _____	
218. Como o leite foi dado ao seu bebê? 1. Na mamadeira/chuquinha 2. No copinho 3. Na sonda/gavagem/seringa 4. Outros (responda a 219) 9. Não soube informar	☐ ☐
219. Outros? Quais?	

XI. INFORMAÇÕES DO BEBÊ – SEGUNDO GEMELAR (*Atenção! Não aplicar para natimortos*) “Agora vou fazer perguntas sobre o (nome do bebê).”

220. O bebê eliminou cocô (mecônio) quando ainda estava na sua barriga? 0. Não 1. Sim 9. Não soube informar	☐
221. Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outros), você: (ler opções) 1. Colocou para mamar 2. Ficou com o bebê no colo 3. Apenas viu o bebê 4. Não teve contato com o bebê	☐
222. O bebê veio para o quarto/enfermaria junto com você? 0. Não 1. Sim (vá para 229)	☐
223. Por quê? 1. Foi para o berçário/incubadora/berço aquecido 2. Foi para a UI/UTI/berçário patológico 3. Outro motivo (responda a 224)	☐

224. Outro motivo? Qual? _____		
225. Quanto tempo depois do parto seu bebê pôde ficar com você no seu quarto? (Preencher com 77 nos casos em que o bebê ainda está na UI/UTI)	226. dias 227. horas 228. minutos	
229. O seu bebê teve algum destes problemas ou necessidades? (ler as opções) (preencher 9 para “não sabe se teve este problema/não soube informar)		
230. Hipoglicemia – baixa de açúcar no sangue 0. Não 1.Sim		
231. Malformação congênita (incluindo defeito cardíaco). 0. Não 1.Sim		
232. Usou oxigênio após o nascimento 0. Não 1.Sim		
233. O bebê ficou amarelo (icterícia) 0. Não 1.Sim		
234. Tomou banho de luz 0. Não 1.Sim		
235. Foi transferido para outro hospital 0. Não 1.Sim		
236. Teve infecção 0. Não 1.Sim		
237. Outros 0. Não (vá para 239) 1.Sim		
238. Outros? Quais?		

XII – ALEITAMENTO MATERNO – SEGUNDO GEMELAR

(ATENÇÃO! EM CASO DE ÓBITO, NÃO APLICAR ESTE BLOCO. VÁ PARA O BLOCO XIII SE GRAVIDEZ DE MAIS DE 2 E NO CASO DE GRAVIDEZ DE 2 BEBÊS, VÁ PARA O BLOCO XVII)

Atenção entrevistador: NÃO fazer as perguntas deste bloco para mulheres que perderam seu bebê.

“Agora vou fazer perguntas sobre a alimentação do (nome do bebê).”

239. Você já ofereceu o peito para o seu bebê? 0. Não (vá para 245) 1. Sim 8. Não se aplica	
240. Depois do nascimento, você deu o peito na sala de parto? 0. Não 1. Sim (vá para 247)	
241. Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (mais ou menos) (Ao final desta questão, vá para 247)	242. dias 243. horas 244. minutos

245. Por quê ainda não deu o peito ao seu bebê? 1. Mãe HIV+ 2. Mãe HTLV+ 3. Bebê prematuro 4. Bebê doente e não pode mamar 5. Leite não desceu/ pouco leite 6. Estou com soro na veia e não tenho posição para amamentar 7. Outros (responda a 246)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
246. Outros? Quais? 	
247. (Aqui) no hospital, o/a (nome do bebê) recebeu outro leite ou líquido que não o do seu peito? 0. Não (caso gravidez de 3 gemelares ou mais, vá para o bloco XIII, caso seja gravidez de 2 gemelares, vá para o bloco XVII) 1. Sim 8. Não se aplica (caso gravidez de 3 gemelares ou mais, vá para o bloco XIII, caso seja gravidez de 2 gemelares, vá para o bloco XVII) 9. Não sei (caso gravidez de 3 gemelares ou mais, vá para o bloco XIII, caso seja gravidez de 2 gemelares, vá para o bloco XVII)	☐
248. Por quê recebeu outro leite ou líquido? (Não ler opções) 1. Bebê prematuro 2. Bebê doente 3. Leite não havia descido/estava com pouco leite 4. Rotina hospitalar 5. Eu estava com soro na veia e não tinha posição para amamentar 6. Foi prescrito pelo pediatra 7. Outros (responda 249) 9. Não soube informar	☐ ☐ ☐ ☐
249. Outros:	
250. Como o leite foi dado ao seu bebê? 1. Na mamadeira/chuquinha 2. No copinho 3. Na sonda/gavagem/seringa 4. Outros (responda a 251) 9. Não soube informar	☐ ☐
251. Outros? Quais?	

XIII. INFORMAÇÕES DO BEBÊ – TERCEIRO GEMELAR (Atenção! Não aplicar para natimortos)

“Agora vou fazer perguntas sobre o (nome do bebê).”

252. O bebê eliminou cocô (mecônio) quando ainda estava na sua barriga? 0. Não 1. Sim 9. Não soube informar		
253. Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outros), você: (ler opções) 1. Colocou para mamar 2. Ficou com o bebê no colo 3. Apenas viu o bebê 4. Não teve contato com o bebê		
254. O bebê veio para o quarto/enfermaria junto com você? 0. Não 1. Sim (vá para 261)		
255. Por quê? 1. Foi para o berçário/incubadora/berço aquecido 2. Foi para a UI/UTI/berçário patológico 3. Outro motivo (responda a 256)		
256. Outro motivo? Qual? _____		
257. Quanto tempo depois do parto seu bebê pôde ficar com você no seu quarto? (Preencher com 77 nos casos em que o bebê ainda está na UI/UTI)	258. dias 259. horas 260. minutos	
261. O seu bebê teve algum destes problemas ou necessidades? (ler as opções) (preencher 9 para “não sabe se teve este problema/não soube informar)		
262. Hipoglicemia – baixa de açúcar no sangue 0. Não 1. Sim		
263. Malformação congênita (incluindo defeito cardíaco). 0. Não 1. Sim		
264. Usou oxigênio após o nascimento 0. Não 1. Sim		
265. O bebê ficou amarelo (icterícia) 0. Não 1. Sim		
266. Tomou banho de luz 0. Não 1. Sim		
267. Foi transferido para outro hospital 0. Não 1. Sim		
268. Teve infecção 0. Não 1. Sim		
269. Outros 0. Não (vá para 271) 1. Sim		
270. Outros? Quais?		

XIV – ALEITAMENTO MATERNO – TERCEIRO GEMELAR

(ATENÇÃO! EM CASO DE ÓBITO, NÃO APLICAR ESTE BLOCO. VÁ PARA O BLOCO XV SE GRAVIDEZ DE MAIS DE 3 E NO CASO DE GRAVIDEZ DE 3 BEBÊS, VÁ PARA O BLOCO XVII)

Atenção entrevistador: NÃO fazer as perguntas deste bloco para mulheres que perderam seu bebê.

"Agora vou fazer perguntas sobre a alimentação do (nome do bebê)."

271. Você já ofereceu o peito para o seu bebê? 0. Não (vá para 277) 1. Sim 8. Não se aplica	
272. Depois do nascimento, você deu o peito na sala de parto? 0. Não 1. Sim (vá para 279)	
273. Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (mais ou menos) (Ao final desta questão, vá para 279)	274. dias 275. horas 276. minutos
277. Por quê ainda não deu o peito ao seu bebê? 1. Mãe HIV+ 2. Mãe HTLV+ 3. Bebê prematuro 4. Bebê doente e não pode mamar 5. Leite não desceu/ pouco leite 6. Estou com soro na veia e não tenho posição para amamentar 7. Outros (responda a 278)	
278. Outros? Quais? _____	
279. (Aqui) no hospital, o/a (nome do bebê) recebeu outro leite ou líquido que não o do seu peito? 0. Não (caso gravidez de 4 gemelares, vá para o bloco XV, caso seja gravidez de 3 gemelares, vá para o bloco XVII) 1. Sim 8. Não se aplica (caso gravidez de 4 gemelares, vá para o bloco XV, caso seja gravidez de 3 gemelares, vá para o bloco XVII) 9. Não sei (caso gravidez de 4 gemelares, vá para o bloco XV, caso seja gravidez de 3 gemelares, vá para o bloco XVII)	
280. Por quê recebeu outro leite ou líquido? (Não ler opções) 1. Bebê prematuro 2. Bebê doente 3. Leite não havia descido/estava com pouco leite 4. Rotina hospitalar 5. Eu estava com soro na veia e não tinha posição para amamentar 6. Foi prescrito pelo pediatra 7. Outros (responda 281) 9. Não soube informar	
281. Outros _____	

282. Como o leite foi dado ao seu bebê? 1. Na mamadeira/chuquinha 2. No copinho 3. Na sonda/gavagem/seringa 4. Outros (responda a 283) 9. Não soube informar	
283. Outros? Quais? _____	

XV. INFORMAÇÕES DO BEBÊ – QUARTO GEMELAR *(Atenção! Não aplicar para natimortos)*

“Agora vou fazer perguntas sobre o (nome do bebê).”

284. O bebê eliminou cocô (meconio) quando ainda estava na sua barriga? 0. Não 1. Sim 9. Não soube informar	
285. Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outros), você: (ler opções) 1. Colocou para mamar 2. Ficou com o bebê no colo 3. Apenas viu o bebê 4. Não teve contato com o bebê	
286. O bebê veio para o quarto/enfermaria junto com você? 0. Não 1. Sim (vá para 293)	
287. Por quê? 1. Foi para o berçário/incubadora/berço aquecido 2. Foi para a UL/UTI/berçário patológico 3. Outro motivo (responda a 288)	
288. Outro motivo? Qual? _____	
289. Quanto tempo depois do parto seu bebê pôde ficar com você no seu quarto? (Preencher com ?? nos casos em que o bebê ainda está na UL/UTI)	290. dias 291. horas 292. minutos
293. O seu bebê teve algum destes problemas ou necessidades? (ler as opções) (preencher 9 para “não sabe se teve este problema/não soube informar)	
294. Hipoglicemia – baixa de açúcar no sangue 0. Não 1. Sim	
295. Malformação congênita (incluindo defeito cardíaco). 0. Não 1. Sim	
296. Usou oxigênio após o nascimento 0. Não 1. Sim	

297. O bebê ficou amarelo (icterícia) 0. Não 1. Sim	
298. Tomou banho de luz 0. Não 1. Sim	
299. Foi transferido para outro hospital 0. Não 1. Sim	
300. Teve infecção 0. Não 1. Sim	
301. Outros 0. Não (vá para 303) 1. Sim	
302. Outros? Quais?	

XVI – ALEITAMENTO MATERNO – QUARTO GEMELAR
(ATENÇÃO! EM CASO DE ÓBITO, VÁ PARA O BLOCO XVII)

Atenção entrevistador: NÃO fazer as perguntas deste bloco para mulheres que perderam seu bebê.
"Agora vou fazer perguntas sobre a alimentação do (nome do bebê)."

303. Você já ofereceu o peito para o seu bebê? 0. Não (vá para 309) 1. Sim 8. Não se aplica	
304. Depois do nascimento, você deu o peito na sala de parto? 0. Não 1. Sim (vá para 311)	
305. Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (mais ou menos) (Ao final desta questão, vá para 311)	306. dias 307. horas 308. minutos
309. Por quê ainda não deu o peito ao seu bebê? 1. Mãe HIV+ 2. Mãe HTLV+ 3. Bebê prematuro 4. Bebê doente e não pode mamar 5. Leite não desceu/ pouco leite 6. Estou com soro na veia e não tenho posição para amamentar 7. Outros (responda a 310)	
310. Outros? Quais? _____ _____	
311. (Aqui) no hospital, o/a (nome do bebê) recebeu outro leite ou líquido que não o do seu peito? 0. Não (vá para o bloco XVII) 1. Sim 8. Não se aplica (vá para o bloco XVII) 9. Não sei (vá para o bloco XVII)	

312. Por quê recebeu outro leite ou líquido? (Não ler opções) 1. Bebê prematuro 2. Bebê doente 3. Leite não havia descido/estava com pouco leite 4. Rotina hospitalar 5. Eu estava com soro na veia e não tinha posição para amamentar 6. Foi prescrito pelo pediatra 7. Outros (responda a 313) 9. Não soube informar	☐ ☐ ☐ ☐
313. Outros: _____ _____	
314. Como o leite foi dado ao seu bebê? 1. Na mamadeira/chuquinha 2. No copinho 3. Na sonda/gavagem/seringa 4. Outros (responda a 315) 9. Não soube informar	☐ ☐
315. Outros? Quais? _____	

XVII. DADOS FAMILIARES

"Vou fazer algumas perguntas sobre o seu nível educacional e sua família."

316. Você sabe ler e escrever? 0. Não 1. Sim	☐
317. Qual o último grau que você cursou? 0. Nenhum (vá para 319) 1. Ensino Fundamental (1º grau) 2. Ensino Médio (2º grau) 3. Ensino Superior (3º grau)	☐
318. Última série/ano que você concluiu com aprovação na escola?	☐
319. Qual é o seu estado civil? (ler as opções) 1. Solteira 2. Casada no papel 3. União estável/vive com companheiro 4. Separada 5. Viúva	☐
320. Você tem algum trabalho que ganhe dinheiro? 0. Não (vá para 323) 1. Sim	☐
321. Em relação a sua situação de trabalho, você: (ler as opções) 01. Trabalha com carteira assinada 02. Trabalha sem carteira assinada 03. Servidora pública (municipal, estadual, federal ou militar) 04. Empregadora 05. Autônoma 06. Cooperativada 07. Outro (responda a 322)	☐ ☐ ☐
322. Outro? Qual? _____	

323. Quem é o (a) chefe da família? 1. Você (a própria mulher) (vá para o bloco XVIII) 2. O companheiro 3. Mãe 4. Pai 5. Outra pessoa da família (responda a 324) 6. Outra pessoa que não reside na casa (responda a 324)	
324. Que pessoa? _____	
325. Qual foi o último grau de escolaridade que o(a) chefe da família cursou? 0. Nenhum (vá para 329) 1. Ensino Fundamental (10 grau) (vá para 326) 2. Ensino Médio (2º grau) (vá para 327) 3. Ensino Superior (30 grau) (vá para 328) 9. Não soube informar	
326. Última série do ensino fundamental que o(a) chefe da família concluiu na escola?	
327. Última série do ensino médio que o(a) chefe da família concluiu na escola?	
328. Último ano do ensino superior que o(a) chefe da família concluiu?	

XVIII IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO

"Agora, vou lhe fazer algumas perguntas sobre a sua casa."

329. Quantas pessoas moram na mesma casa, incluindo você? (não contar o RN)	
330. Quantos quartos e salas têm na sua casa?	
331. Você tem banheiro em casa de uso exclusivo da sua família? 0. Não (vá para a 333) 1. Sim	
332. Quantos banheiros da sua casa (dentro ou fora) têm vaso sanitário?	
333. Agora, vou lhe fazer algumas perguntas sobre coisas que você pode ter ou não ter na sua casa.	
334. Na sua casa tem rádio? 0. Não (vá para 336) 1. Sim	
335. Quantos? 1. Um 2. Dois 3. Três 4. Mais de Três	
336. Na sua casa tem geladeira 0. Não 1. Sim	
337. Na sua casa tem freezer (aparelho independente ou parte de geladeira duplex) 0. Não 1. Sim	
338. Na sua casa tem DVD ou vídeo cassete? 0. Não 1. Sim	

339. Na sua casa tem máquina de lavar roupa? (não incluir tanquinho) 0. Não 1. Sim	
340. Na sua casa tem televisão em cores? 0. Não (vá para 342) 1. Sim	
341. Quantos? 1. Um 2. Dois 3. Três 4. Mais de Três	
342. Na sua casa tem moto? 0. Não 1. Sim	
343. Na sua casa tem carro particular? 0. Não (vá para 345) 1. Sim	
340. Na sua casa tem televisão em cores? 0. Não (vá para 342) 1. Sim	
341. Quantos? 1. Um 2. Dois 3. Três 4. Mais de Três	
342. Na sua casa tem moto? 0. Não 1. Sim	
343. Na sua casa tem carro particular? 0. Não (vá para 345) 1. Sim	
344. Quantos? 1. Um 2. Dois 3. Três 4. Mais de Três	
345. Na sua casa tem empregada mensalista? (5 dias ou mais por semana) 0. Não (vá para 347) 1. Sim	
346. Quantas? 1. Uma 2. Mais de uma	

XIX. HÁBITOS MATERNOS

"Agora vou perguntar um pouco sobre alguns hábitos e coisas que você costuma fazer no seu dia-a-dia."

347. Você fumava antes da gravidez do (nome do bebê)? 0. Não 1. Sim	
348. Você fumou nos primeiros cinco meses da gravidez do (nome do bebê)? 0. Não (vá para 351) 1. Sim	
349. Você fumava todo dia? 0. Não 1. Sim	
350. Quantos cigarros você fumava por dia? (um maço contém aproximadamente 20 cigarros)	
351. Você fumou após o quinto mês da gravidez do (nome do bebê)? 0. Não (vá para 354) 1. Sim	
352. Você fumava todo dia? 0. Não 1. Sim	

353. Quantos cigarros você fumava por dia? (<i>um maço contém aproximadamente 20 cigarros</i>)	
354. Durante a gravidez, você bebeu chopp, cerveja ou alguma outra bebida alcoólica? 0. Não (<i>confirma: "nem de vez em quando?"</i>) 1. Sim <i>Se entrevistada for completamente abstêmia, pular para o bloco XX</i>	
355. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? 0. Não 1. Sim	
356. Seu (ex) companheiro ou seus pais se preocupam ou reclamam quando você bebe? 0. Não 1. Sim	
357. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? 0. Não 1. Sim	
358. Alguma vez você acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido na noite passada? 0. Não 1. Sim	
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"? (<i>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</i>)	

XX. ANTECEDENTES PESSOAIS

"Agora vou lhe fazer perguntas sobre alguns problemas de saúde."

360. Você apresentava alguma dessas doenças antes da gravidez que tenha sido confirmada por médico? (<i>ler as opções</i>)	
361. Doença do coração 0. Não 1. Sim	
362. Pressão alta fora da gestação, tendo sido prescrito remédio para uso continuado 0. Não 1. Sim	
363. Anemia grave, fora da gestação, ou outra doença no sangue 0. Não 1. Sim	
364. Asma/bronquite 0. Não 1. Sim	
365. Lupus ou esclerodermia 0. Não 1. Sim	

366. Hipertireoidismo 0. Não 1. Sim	☐
367. Diabetes/açúcar alto no sangue, fora da gestação, confirmado por médico especialista 0. Não 1. Sim	☐
368. Doença renal/nos rins confirmada por médico especialista que precisa de tratamento 0. Não 1. Sim	☐
369. Epilepsia/convulsão, antes da gestação 0. Não 1. Sim	☐
370. AVC/derrame 0. Não 1. Sim	☐
371. Doença do fígado confirmada por médico especialista que precisa de tratamento 0. Não 1. Sim	☐
372. Doença mental, que necessita de acompanhamento com especialista 0. Não 1. Sim	☐
373. Outros 0. Não (vá para 375) 1. Sim	☐
374. Outros? Quais? _____	

XI – PLANO DE SAÚDE

"Agora vou fazer algumas perguntas sobre plano de saúde"

375. Você tem direito a algum plano de saúde, particular, de empresa ou órgão público? (ler as opções) 0. Não (vá para o bloco XXII) 1. Sim, apenas um 2. Sim, mais de um	☐
376. Há quanto tempo, sem interrupção, tem direito a este plano de saúde? 1. Até 6 meses 2. Mais de 6 meses até 1 ano 3. Mais de 1 ano até 2 anos 4. Mais de 2 anos 9. Não soube informar	☐
377. Esse plano é individual ou familiar? 1. Individual (vá para 379) 2. Familiar	☐
378. Se familiar, quantas pessoas tem direito a esse plano?	☐ ☐
379. Quem paga a mensalidade deste plano? 1. Somente a empresa/empregador (vá para 381) 2. O titular através do trabalho 3. O titular diretamente ao plano 9. Não soube informar (vá para 381)	☐

391. Qual é a sua altura? (anotar em cm)	cm
--	--

XXIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

392. Você gostaria de dizer mais alguma coisa? 0. Não (vá para 394) 1. Sim	
393. O que deseja dizer?	
394. Horário do término:	:
395. Fotografou o cartão da gestante? 0. Não 1. Sim	
<i>Agradeça a participação na entrevista e lembre que entraremos em contato por telefone para fazer perguntas sobre ela e seu bebê.</i>	
396. Observações do entrevistador:	
397. Houve recusa, por parte da puérpera, em relação a receber ligação que será feita após 42 dias do parto 0. Sem manifestações 1. A puérpera deixou claro que Não quer ser contatada após sua alta	

ANEXO B- Questionário para coleta de dados nos prontuários

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
 PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
 PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM MEDICINA
 DOUTORADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
 PESQUISA: NASCER EM SERGIPE: assistência pré-natal e resultados perinatais

INSTRUMENTO DE COLETA NO PRONTUARIO (FASE 2)

1 Dados Gerais da coleta de dados	
1. Data da coleta de dados	/ /
2. Horário de início da coleta de dados	:
3. Nome da mãe: _____	
4. Nº do prontuário da mãe:	
5. Tipo de gestação: 1. Única 2. Gemelar (dois) 3. Gemelar (três) 4. Gemelar (quatro)	
6. 1º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal	
7. 2º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal	
8. 3º. Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal	
9. 4º. Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal	
2.Dados da Internação	
10. Data da internação:	/ /
11. Hora da internação:	h min
12. Setor para onde foi encaminhada no momento da admissão/internação: 1. Enfermaria/quarto 2. Pré-parto 3. PPP 4. Sala de parto 5. Centro cirúrgico obstétrico 6. UTI 9. Sem informação	
13. Tipo de saída do hospital onde foi realizado o parto: 1. Alta 2. Transferida no pós-parto (vá para questão 15) 3. Saída à revelia 4. Óbito 5. Permanece internada após 42 dias da data do parto (vá para 17)	

14. Data da saída do hospital onde foi realizado o parto: (Se alta ou saída à revelia, vá para a questão 17 e se óbito, vá para a 16)		
15. Hospital para onde foi transferida após o parto (nome, cidade) _____		
15.1 Motivo da transferência: _____		
15.2 Tipo de saída do hospital para onde foi transferida: 1. Alta 2. Saída à revelia 3. Óbito (vá para questão 16) 4. Permanece internada após 42 dias da data do parto (vá para 17)		
15.3 Data da saída do hospital para onde foi transferida		
16. Número da Declaração de Óbito:		
2. Antecedentes clínico-obstétricos		
17. Número de gestações anteriores: (se primeira gestação, preencha com 00 e vá para questão 21)		
18. Número de abortos anteriores:		
19. Número total de partos anteriores (se 00, vá para questão 21)		
20. Destes quantos foram cesáreas:		
21. Antecedentes pessoais de risco:		
22. Doença cardíaca 0. Não 1. Sim		
23. Hipertensão arterial com tratamento continuado 0. Não 1. Sim		
24. Anemia grave ou outra hemoglobinopatia 0. Não 1. Sim		
25. Asma 0. Não 1. Sim		
26. Lupus ou esclerodermia 0. Não 1. Sim		
27. Hipertireodismo 0. Não 1. Sim		
28. Diabetes não gestacional 0. Não 1. Sim		

29. Doença renal crônica 0. Não 1. Sim ☐	☐
30. Convulsões/epilepsia 0. Não 1. Sim	☐
31. Acidente Vascular Cerebral (AVC) 0. Não 1. Sim	☐
32. Doença hepática crônica 0. Não 1. Sim	☐
33. Doença psiquiátrica 0. Não 1. Sim	☐
34. Outros 0. Não (vá para 36) 1. Sim	☐
35. Quais? _____	
36. Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação):	
37. Incompetência istmo-cervical (IIC) 0. Não 1. Sim	☐
38. Crescimento Intra Uterino Restrito (CIUR) 0. Não 1. Sim	☐
39. Oligodrammia 0. Não 1. Sim	☐
40. Polidrammia 0. Não 1. Sim	☐
41. Isoimunização RH 0. Não 1. Sim	☐
42. Placenta prévia 0. Não 1. Sim	☐
43. Descolamento prematuro de placenta (DPP) 0. Não 1. Sim	☐
44. Anmiorexe prematura 0. Não 1. Sim	☐
45. Diabetes gestacional 0. Não 1. Sim	☐
46. Síndromes hipertensivas (HA crônica, pré-eclâmpsia, síndrome HELLP) 0. Não 1. Sim	☐
47. Eclâmpsia/Convulsões 0. Não 1. Sim	☐
48. Ameaça de parto prematuro 0. Não 1. Sim	☐
49. Sofrimento fetal 0. Não 1. Sim	☐
50. Sífilis 0. Não 1. Sim	☐
51. Infecção urinária 0. Não 1. Sim	☐
52. Infecção pelo HIV 0. Não 1. Sim	☐
53. Toxoplasmose (que precisou tratar) 0. Não 1. Sim	☐

54. Exame de cultura para streptococo na vagina e/ou ânus positivo 0. Não 1. Sim		☐
55. Malformação congênita 0. Não (vá para 57) 1. Sim		☐
56. Qual? _____		
57. Outros problemas 0. Não (vá para 59) 1. Sim		☐
58. Qual? _____		
59. Cirurgia uterina anterior (miomectomia, microcesarea, outras cirurgias do corpo uterino) 0. Não 1. Sim		☐
3. Dados da Internação		
60. Data da última menstruação (DUM):	/ /	
61. Idade gestacional na admissão calculada pela DUM:	semanas	
62. Idade gestacional na admissão calculada por USG:	semanas	
63. Idade gestacional na admissão sem referência ao método de cálculo:	semanas	
64. Apresentação do bebê:		
65. Primeiro bebê 1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córnica/transversa) 9. Sem informação	☐	
66. Segundo bebê 1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córnica/transversa) 9. Sem informação	☐	
67. Terceiro bebê 1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córnica/transversa) 9. Sem informação	☐	
68. Quarto bebê 1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córnica/transversa) 9. Sem informação	☐	
69. Nível de consciência da mulher na admissão: 1. Lúcida 2. Torporosa (confusão mental) 3. Em coma 9. Sem informação	☐	
70. Ocorrência de convulsões antes da internação: 0. Não 1. Sim	☐	
71. Há registro de pressão arterial na admissão 0. Não (vá para 74) 1. Sim	☐	
72. Primeira verificação: sist (em mmhg)	sist mmhg	
73. Primeira verificação: diast (em mmhg)	diast mmhg	

74. Há registro de temperatura axilar na admissão: 0. Não (vá para 76) 1. Sim	☐
75. Valor em °C	°C
76. Sangramento vaginal após internação e antes do parto:	
77. Perda de líquido amniótico (ruptura da bolsa) antes da internação: 1. Não 2. Sim, líquido claro sem grumos 3. Sim, líquido claro com grumos 4. Sim, líquido com mecônio 5. Sim, líquido sanguinolento 6. Sim, líquido purulento/ fétido 7. Sim, sem especificação	☐
78. Dilatação do colo do útero no momento da admissão: (consultar instrutivo)	cm
79. Número de contrações em 10 minutos no momento da admissão:	contrações
80. Batimento Cardíaco Fetal (BCF) na admissão (ou primeiro exame): 0. Ausente (vá para 82) 1. Presente	☐
81. Qual a frequência?	bpm
82. Realizada cardiotocografia (CTG): (Permite mais de 1 opção) 0. Não (vá para 84) 1. Sim, antes de vir para maternidade 2. Sim, na admissão/internação 3. Sim, no trabalho de parto	☐ ☐ ☐
83. Algum resultado da CTG alterado: 0. Não 1. Sim 9. Sem informação	☐
84. Realizado Dopplerfluxometria Fetal: 0. Não (vá para 86) 1. Sim, antes de vir para maternidade 2. Sim, na admissão/internação	☐ ☐
85. Algum Doppler alterado: 0. Não 1. Sim 9. Sem informação	☐
86. Prescrição de corticóide antes do parto: 0. Não 1. Sim, antes da internação 2. Sim, na admissão/internação	☐ ☐
87. Motivo da internação: 1. Internação por trabalho de parto 2. Internação para indução do trabalho de parto 3. Internação para cesárea eletiva sem trabalho de parto (responda 88 e vá para 130) 4. Internação como gestante, por complicação clínico-obstétrica 5. Outro motivo	☐
88. Diagnóstico na internação: Permite mais de 1 opção 1. Trabalho de parto	☐

2. Trabalho de parto prematuro/ameaça de trabalho de parto	☐
3. Amniorrexe prematura (Ruptura das membranas ovulares /Bolsa rota)	☐
4. Gestação múltipla (2 ou + fetos)	☐
5. Gestação prolongada/pós-maturidade	☐
6. Sofrimento fetal (agudo/crônico)- Crescimento restrito (CTUR)	☐
7. Polidramnia / Oligodramnia	☐
8. Descolamento prematuro da placenta / DPP	☐
9. Hemorragia vaginal	☐
10. Eclâmpsia /convulsão	☐
11. Hipertensão na gestação (qualquer tipo)	☐
12. Apresentação pélvica ou outra apresentação anômala (cômica/transversa)	☐
13. Iteratividade (cesáreas anteriores)	☐
14. Diabetes gestacional	☐
15. Infecção pelo HIV	☐
16. Óbito fetal	☐
17. Sem diagnóstico clínico-obstétrico informado ☐	☐
18. Outro diagnóstico (responda a 89)	☐
19. Intercorrência clínica (vá para 90)	☐
89. Outro diagnóstico.Qual? _____	
90. Intercorrência clínica. Qual? _____	
91. Houve indicação de parto cesáreo no momento da admissão/internação: 0. Não 1. Sim (vá para 130)	☐
5.Assistência ao trabalho de parto	
92. Data da admissão/internação no pré-parto:	/ /
93. Hora da admissão/internação no pré-parto:	h min
94. Trabalho de Parto: 1. Espontâneo (vá para 96) 2. Induzido sem sucesso (responda a questão 95 e depois vá para 130) 3. Induzido com sucesso 4. Não entrou em trabalho de parto (vá para 130)	☐
95. Medicamentos/método utilizados para indução do parto: (ver folha de prescrição) 1. Ocitocina 2. Misoprostol 3. Outras	☐ ☐
96. O acompanhante estava presente: 0. Não 1. Sim 9. Sem informação	☐
97. Prescrição de dieta no trabalho de parto: 0. Dieta zero 1. Dieta líquida 2. Outro tipo de dieta 9. Sem informação	☐
98. Prescrição de repouso no leito no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim	☐
99. Prescrição de hidratação venosa no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim (vá	☐

para 101)	
100. Colocação de acesso venoso no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim	☐
101. Prescrição de antibióticos no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim	☐
102. Realização de tricotomia (raspagem dos pelos) na maternidade: 0. Não 1. Sim	☐
103. Enteróclise/enema (lavagem intestinal) antes do parto: 0. Não 1. Sim	☐
104. Profissional que acompanhou o trabalho de parto: 1. Médico (a) 2. Enfermeiro (a) obstetra/obstetiz 3. Enfermeiro (a) 4. Parteira tradicional 5. Auxiliar/técnico de enfermagem 6. Estudante 7. Outro 9. Sem informação	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
105. Presença de partograma no prontuário: 0. Não (vá para 110) 1. Sim	☐
106. Registro de dilatação do colo do útero no início do uso do partograma: 0. Não (vá para 108) 1. Sim	☐
107. Quantos? (centímetros)	☐ ☐ cm
108. Registro do número de toques no partograma: 0. Não (vá para 110) 1. Sim	☐
109. Quantos?	☐ ☐
110. Prescrição de ocitocina durante o trabalho de parto: 0. Não (vá para 116) 1. Sim	☐
111. Prescrição da ocitocina (anotar primeira prescrição antes do parto):	
112. Número de ampolas de 5UI/500 ml soro	☐ ☐ ☐
113. Nº de gotas/min	☐ ☐
114. Velocidade de infusão ml/hora	☐ ☐
115. Dilatação do colo do útero no início da administração da ocitocina:	☐ ☐ cm
116. Prescrição de analgésicos durante o trabalho de parto: 1. Não 2. Sim, opióides (dolantina, meperidina ou petidina) 3. Sim, outras (buscopam, dipirona, hioscina, outros)	☐ ☐
117. Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor:	
118. Banho de chuveiro 0. Não 1. Sim	☐

119. Banho de banheira 0. Não 1. Sim	☐
120. Massagem 0. Não 1. Sim	☐
121. Bola 0. Não 1. Sim	☐
121.1. Banquinho 0. Não 1. Sim	☐
122. Cavalinho 0. Não 1. Sim	☐
123. Outros 0. Não (vá para 125) 1. Sim	☐
124. Qual: _____	
125. Utilização de analgesia durante o trabalho de parto: 0. Não 1. Peridural 2. Raqui 3. Peri+Raqui(combinação) 4. Geral	☐
125. Utilização de analgesia durante o trabalho de parto: 0. Não 1. Peridural 2. Raqui 3. Peri+Raqui(combinação) 4. Geral	☐
126. Ruptura de membranas durante o trabalho de parto /parto: 0. Não, ruptura antes da internação (vá para 129) 1. Sim, ruptura espontânea 2. Sim, ruptura artificial (feita pelos profissionais) 3. Sim, sem informação do tipo de ruptura	☐
127. Característica do líquido: 1. Líquido claro sem grumos 2. Líquido claro com grumos 3. Líquido com mecônio 4. Líquido sanguinolento 5. Líquido purulento/ fétido 6. Líquido sem especificação	☐
128. Dilatação do colo do útero no momento da ruptura de membranas no partograma /prontuário:	cm
129. Há registro no prontuário de: 1. Sofrimento fetal durante o TP 2. Eliminação de mecônio espesso 3. Bradicardia fetal (BCF < 110) 4. Taquicardia fetal (BCF > 160) 5. Presença de DIP 2 (desaceleração na cardiotocografia) 6. Sem registro de alguma das alterações acima	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
6.Dados da Assistência ao Parto	
130. Dia do parto:	

131. Hora do parto:	horas min
132. O acompanhante estava presente no parto: 0. Não 1. Sim 9. Sem informação	
133. Tipo de parto 1. Vaginal (inclui fórceps) 2. Cesáreo (vá para 146) (Em caso de gemelar, com parto normal e cesáreo, preencher as questões relativas aos dois tipos de parto)	
134. Uso de fórceps/vácuo extrator: 0. Não 1. Fórceps 2. Vácuo-extrator	
135. Qual profissional assistiu o parto: 1. Médico (a) 2. Enfermeiro (a) obstetra/obstetiz 3. Enfermeiro (a) 4. Parteira tradicional 5. Auxiliar/técnico de enfermagem 6. Estudante 7. outro 9. Sem informação	
136. Posição da mulher no parto: 1. Litotomia (deitada de costas) 2. Deitada de lado 3. Sentada/reclinada 4. Na banheira 5. De quatro 6. De cócoras 7. De pé 9. Sem informação	
137. Horário do registro de dilatação total: (partograma ou prontuário)	h min
138. Duração do período expulsivo registrado no prontuário:	h min
139. Realização de episiotomia: 0. Não 1. Sim	
140. Ocorrência de laceração vaginal/perineal 0. Não 1. 1º grau 2. 2º grau 3. 3º grau 4. 4º grau 5. Sim, sem especificação	
141. Registro de sutura vaginal/perineal ou episiorrafia ou cicatriz de episiotomia: 0. Não 1. Sim	
142. Realização de manobra de Kristeller: 0. Não 1. Sim	
143. Alguma complicação no parto e/ou pós-parto imediato: 0. Não 1. Distócia de ombro 2. Prolapso de cordão 3. Ruptura uterina 4. Período expulsivo prolongado 5. Atonia uterina 6. Placenta retida 7. Outros (responda a 144)	
144. Qual? _____	
145. Utilização de anestesia: 0. Não 1. Peridural 2. Raquidiana 3. Peri+Raqui (combinado) 4. Geral 5. Local 6. Locoregional/nervo pudendo 9. Sem informação (Vá para o bloco "Dados sobre Near Miss Materno", questão 156 7. Indicação da	

cesariana	
146. Informações do obstetra: (Ver folha ou relato da cirurgia. Registrar na mesma ordem da folha de descrição cirúrgica)	
147. 1ª Informação do obstetra: 01. Cesariana anterior/Iteratividade 02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) 03. Parada de Progressão 04. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) 05. Placenta prévia 06. Sofrimento fetal/CTUR 07. Infecção pelo HIV 08. Apresentação pélvica (sentado) 09. Apresentação córnica (atravessado) 10. Laqueadura tubária 11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia 12. Eclâmpsia 13. Síndrome HELLP 14. Diabetes 15. Oligodrammia 16. Gemelaridade 17. Prematuridade 18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada 19. Macrosomia 20. Falha de indução 21. Mal formação 22. Óbito fetal 23. Amniorrexe prematura 24. Intercorrências clínicas 25. Sem informação no prontuário 26. Outra (responda a 148)	☐
148. Outra. Qual? _____	
149. 2ª Informação do obstetra: 01. Cesariana anterior/Iteratividade 02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) 03. Parada de Progressão 04. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) 05. Placenta prévia 06. Sofrimento fetal/CTUR 07. Infecção pelo HIV 08. Apresentação pélvica (sentado) 09. Apresentação córnica (atravessado) 10. Laqueadura tubária 11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia 12. Eclâmpsia 13. Síndrome HELLP	☐

14. Diabetes 15. Oligodranmia 16. Gemelaridade 17. Prematuridade 18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada 19. Macrossomia 20. Falha de indução 21. Mal formação 22. Óbito fetal 23. Amniorrexe prematura 24. Intercorrências clínicas 25. Sem informação no prontuário 26. Outra (responda a 150)	
150. Outra. Qual? _____	
151. 3ª Informação do obstetra: 01. Cesariana anterior/Iteratividade 02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) 03. Parada de Progressão 04. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) 05. Placenta prévia 06. Sofrimento fetal/CIUR 07. Infecção pelo HIV 08. Apresentação pélvica (sentado) 09. Apresentação córnica (atravessado) 10. Laqueadura tubária 11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia 12. Eclampsia 13. Síndrome HELLP 14. Diabetes 15. Oligodranmia 16. Gemelaridade 17. Prematuridade 18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada 19. Macrossomia 20. Falha de indução 21. Mal formação 22. Óbito fetal 23. Amniorrexe prematura 24. Intercorrências clínicas 25. Sem informação no prontuário 26. Outra (responda a 152)	☐
152. Outra. Qual? _____	
153. 4ª Informação do obstetra: 01. Cesariana anterior/Iteratividade	☐

02. Desproporção Céfalopélvica (DCP) 03. Parada de Progressão 04. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) 05. Placenta prévia 06. Sofrimento fetal/CTUR 07. Infecção pelo HTV 08. Apresentação pélvica (sentado) 09. Apresentação córnica (atravessado) 10. Laqueadura tubária 11. Hipertensão arterial/Pré-eclâmpsia 12. Eclâmpsia 13. Síndrome HELLP 14. Diabetes 15. Oligodranmia 16. Gemelaridade 17. Prematuridade 18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada 19. Macrosomia 20. Falha de indução 21. Mal formação 22. Óbito fetal 23. Amniorrexe prematura 24. Intercorrências clínicas 25. Sem informação no prontuário 26. Outra (responda a 154)	
154. Outra. Qual? _____	
155. Tipo de anestesia: 1. Peridural 2. Raqui 3. Peri+Raqui (combinado) 4. Geral	
7. Dados sobre Near Miss Materno	
156. Apresentou alguma das seguintes alterações clínicas, em algum momento da internação:	
157. Cianose aguda 0. Não 1. Sim	
158. Respiração agônica (gasping) 0. Não 1. Sim	
159. Frequência respiratória (FR) > 40 ou < 6 ipm 0. Não 1. Sim	
160. Choque 0. Não 1. Sim	
161. Oligúria não responsiva à hidratação e medicamentos 0. Não 1. Sim	
162. Distúrbio de coagulação 0. Não 1. Sim	
163. Icterícia na presença de pré-eclâmpsia 0. Não 1. Sim	

164. Convulsões reentrantes/paralisia total 0. Não 1. Sim	☐
165. AVC 0. Não 1. Sim	☐
166. Perda da consciência maior que 12 horas 0. Não 1. Sim	☐
167. Perda da consciência associada a ausência de pulso 0. Não 1. Sim	☐
168. Apresentou alguma das seguintes alterações laboratoriais, em algum momento da internação :	
169. Saturação de O ₂ < 90% por mais de 60 minutos 0. Não 1. Sim	☐
170. PaO ₂ /FiO ₂ < 200 mmHg 0. Não 1. Sim	☐
171. Creatinina ≥ 3,5 mg/dl 0. Não 1. Sim	☐
172. Bilirrubina > 6 mg/dl 0. Não 1. Sim	☐
173. pH < 7,1 0. Não 1. Sim	☐
174. Lactato/ Ácido láctico > 5 0. Não 1. Sim	☐
175. Trombocitopenia aguda (plaquetas < 50.000) 0. Não 1. Sim	☐
176. Perda de consciência associada à presença de glicose e cetoácidos na urina 0. Não 1. Sim	☐
177. Realizou algum dos seguintes tratamentos, em algum momento da internação:	
178. Uso contínuo de drogas vasoativas (dopamina, dobutamina, adrenalina) 0. Não 1. Sim	☐
179. Histerectomia pós infecção ou hemorragia 0. Não 1. Sim	☐
180. Transfusão ≥ 5 unidades de hemácias 0. Não 1. Sim	☐
181. Diálise por insuficiência renal aguda 0. Não 1. Sim	☐
182. Intubação e ventilação mecânica ≥ 60 minutos não relacionada à anestesia 0. Não 1. Sim	☐
183. Ressuscitação cardiopulmonar 0. Não 1. Sim	☐

Adaptado do Projeto Nascer no Brasil: inquérito sobre parto e nascimento

ANEXO C- Questionário follow up 45-60 dias pós-parto

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 ☐ Normal 2 ☐ cesárea 3 ☐ fórceps

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 bebê 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 bebê 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 dano 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 após o parto? 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	☐

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?) 1. Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	
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	
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? 1. Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	
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? 1. Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	
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 (<i>pode ter mais de uma resposta</i>) LER TODOS OS ITENS 1. Não 2. Violência verbal (algum profissional gritou ou xingou a Sra.) Violência psicológica (algum profissional a ameaçou, humilhou ou se negou a atendê-la ou oferecer algum tipo de alívio para dor) Violência física (algum profissional a empurrou, machucou ou fez exame de toque de forma dolorosa)	
25. Na sua opinião, o atendimento ao seu parto foi: 1. Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	
26. Na sua opinião, os cuidados e as orientações que a Sra. recebeu depois do parto até a alta da maternidade foram: 1. Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	
27. Na sua opinião, o atendimento ao bebê na maternidade onde ele nasceu foi: 1. Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	

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)

<i>Atenção: apenas para as mulheres que tiveram parto vaginal ou a fórceps</i> 28. Nas duas primeiras semanas após o parto, a Sra. teve dor nos pontos que levou no períneo/vagina? 0. Não teve dor 1. Dor fraca 2. Dor forte 3. Dor muito forte 4. Dor insuportável 8. Não levou pontos	
<i>Atenção: apenas para as mulheres que tiveram parto cesáreo</i> 29. Nas duas primeiras semanas após a cesariana, a Sra. teve dor nos pontos da cirurgia? 0. Não teve dor 1. Dor fraca 2. Dor forte 3. Dor muito forte 4. Dor insuportável	
30. Nas duas primeiras semanas após o parto a Sra. teve dor nas mamas ou no bico do seio? 0. Não teve dor 1. Dor fraca 2. Dor forte 3. Dor muito forte 4. Dor insuportável	
31. Atualmente a Sra. tem se sentido cansada, sem energia? 0. Não 1. Um Pouco Cansada 2. Cansada 3. Muito Cansada 4. Exausta	
32. 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 (caso afirmativo 1 ou 2 preencher o escore no fim do questionário);	
33. ICIQ- escore (caso não perca colocar 0)	
<i>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.</i> 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? 0. Não 1. Sim	
35. A sra. procurou algum serviço de saúde para a consulta de revisão do parto? 0. Não (vá para o bloco V) 1. Sim	
36. A sra. conseguiu ser atendida? 0. Não (vá para o bloco V) 1. Sim	
37. Quando foi feito esse atendimento? 1. Nos primeiros quinze dias após o parto 2. Mais de 15 dias após o parto 9. Não lembra	

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

38. O (nome bebê) está morando com a sra.? Não, faleceu (<i>passar para Bloco VI, referente ao óbito do recém-nato</i>) Não, está morando com outra pessoa (<i>responder a 39</i>) Não, está internado desde o nascimento (<i>encerrar a entrevista</i>) Não, foi re-internado (<i>vá para 40</i>) Sim (<i>vá para 40</i>)	☐
39. A sra. poderia responder outras perguntas sobre o (nome do Bebê)? 0. Não (<i>encerrar a entrevista</i>) 1. Sim	☐
40. A sra. sabe qual era o peso do (nome bebê) quando ele recebeu alta da maternidade? (<i>Não sabe informar 9999</i>)	g
41. O (a) (nome do bebê) saiu da maternidade mamando só no peito? 0. Não 1. Sim (<i>vá para questão 43</i>)	☐
42. Por que não estava só no peito? (<i>Não ler as opções; pode ter mais de uma resposta</i>) Porque a Sra. apresentou algum problema de saúde ☐ Porque o bebê apresentou algum problema de saúde ☐ Porque era rotina do hospital e passaram outro leite ☐ Porque a Sra. tinha pouco leite/leite fraco/bebê não pegou Porque a Sra. não queria amamentar 6. Por outro motivo. Qual _____	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
43. De ontem de manhã até hoje de manhã, o (a) (nome do bebê) mamou no peito? 0. Não 1. Sim	☐
44. De ontem de manhã até hoje de manhã, o (a) (nome do bebê) tomou outro leite? 0. Não 1. Sim	☐
45. De ontem de manhã até hoje de manhã, o (a) (nome do bebê) tomou água, chá ou suco? 0. Não 1. Sim	☐
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? (<i>pode ter mais de uma resposta</i>) Mamadeira ☐ Copinho Outro. Qual _____	☐

47. Depois da saída da maternidade, algum PROFISSIONAL DE SAÚDE falou para você dar outro leite, além do leite materno? 0. Não (<i>vá para a questão 49</i>) 1. Sim	☐
48. Qual profissional de saúde orientou a Sra. dar outro leite para o (a) (nome do bebê)? 1. Pediatra 2. Outro médico 3. Enfermeira 4. Agente de saúde Outro profissional – Qual? _____	☐ ☐
49. A Sra. já levou o (a) (nome do bebê) para a consulta de rotina de acompanhamento (sem contar consulta de urgência) ? 0. Não (<i>vá para 52</i>) 1. Sim	☐
50. A Sra. conseguiu que ele(a) fosse atendido(a)? 0. Não (<i>vá para questão 49</i>) 1. Sim	☐
51. Quando foi realizada a primeira consulta de rotina de acompanhamento? 1. Na 1ª semana de vida 2. Na 2ª semana de vida 3. Na 3ª semana de vida 4. Na 4ª semana de vida 5. Com mais de 1 mês 9. Não sabe informar	☐
52. O (nome do bebê) já foi vacinado com a BCG (aquela aplicada no braço)? 0. Não 1. Sim 9. NSI	☐
53. O (nome do bebê) já recebeu a vacina contra a hepatite B (aplicada na coxa)? 0. Não 1. Sim 9. NSI	☐
54. Já foi feito o teste do pezinho? 0. Não (<i>vá para questão 57</i>) 1. Sim 9. NÃO SEI (<i>vá para questão 57</i>)	☐
55. Quando foi feito o teste do pezinho? 1. Na 1ª semana de vida 2. Na 2ª semana de vida 3. Na 3ª semana de vida 4. Na 4ª semana de vida 5. Com mais de 1 mês 9. Não sabe informar	☐

56. A Sra. já recebeu o resultado do teste do pezinho? 0. Não 1. Sim, na 1ª semana de vida 2. Sim, na 2ª semana de vida 3. Sim, na 3ª semana de vida 4. Sim, na 4ª semana de vida 5. Sim, com mais de 1 mês	
57. O(a) (nome do bebê) teve algum problema de saúde após a alta? <i>(pode ter mais de uma resposta)</i> Não Ficou amarelo (icterícia) Teve infecção Teve febre (sem ser por causa de vacina) 4. Perdeu muito peso Teve refluxo Teve problema respiratório	
Teve diarreia/desidratação Outro problema. Qual? _____	
58. O(a) (nome do bebê) precisou de banho de luz artificial depois da alta da maternidade? 0. Não 1. Sim 2. NSI	
59. Depois da alta da maternidade, alguma vez o (a) (nome do bebê) foi internado (por 24h ou mais) por algum problema de saúde? 0. Não <i>(Encerrar a entrevista)</i> Sim, quantas vezes? _____	
60. Qual foi o motivo da <u>última internação</u>? <i>(pode ter mais de uma resposta)</i> Ficou amarelo (icterícia) Teve infecção Teve febre (sem ser por causa de vacina) Perdeu muito peso Teve refluxo Teve problema respiratório Teve diarreia/desidratação Outro problema. Qual? _____	
61. Por quanto tempo o (a) (nome do bebê) permaneceu internado(a) na <u>última internação</u>?	dias semanas mês

