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

RAYANA LORENA SANTOS FLORÊNCIO

ANÁLISE DOS PARTOS CESÁREOS REALIZADOS NO ESTADO DE SERGIPE SOB A PERSPECTIVA DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON

ARACAJU
2018

RAYANA LORENA SANTOS FLORÊNCIO

ANÁLISE DOS PARTOS CESÁREOS REALIZADOS NO ESTADO DE SERGIPE SOB A PERSPECTIVA DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe para obtenção do título de Bacharel em Medicina orientado pela Prof.ª Dra. Daniela Siqueira Prado.

ARACAJU
2018

Parto reparto

Deu vontade de reviver teu parto
Então reparto essa loucura
Como pode tanta dor dar saudade?
A vida que invade da dor me cura

O calor que sua
O frio na espinha
Minha vida agora é tua
Tua vida já não será minha

Abro, me abro
Me parto em duas
E são tantas vidas
Nesse quarto, nuas
Encontros e despedidas
Dia de Sol, dia de Lua

Grito, empurro
Já não cabes mais em mim
Te chamo num sussurro
Nosso parto está no fim

Parto, reparto
Eu já deixo você vir
Choro, te imploro
A tua vida parir

Te amei nesse segundo
O primeiro nesse mundo

De pranto em riso
Teu corpo liso
Meu maior encanto

O teu parto
No meu quarto
Te agradeço tanto

Num abraço, num instante
Eu filha, eu mãe
Mulher partida

Me refaço, delirante
Eu mãe, eu filha
Mulher parida

(Autora Desconhecida)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 5
2 REVISÃO DE LITERATURA 7
2.1 Parto Cesáreo: Nomenclatura e Histórico 7
2.2 Técnica Cirúrgica de Cesariana 8
2.3 Taxa de Morbimortalidade da Cesariana 10
2.4 Indicações de Cesariana 10
2.5 Cesárea à Demanda 14
2.6 Classificação de Robson 15
3 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 18
4 NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DO ARTIGO 1
5 ARTIGO CIENTÍFICO 26
ANEXOS 42
APÊNDICE A 42
APÊNDICE B 44
APÊNDICE C 93

1 INTRODUÇÃO

O parto cesáreo, que possui relatos de até aproximadamente 2000 anos atrás, ainda se mantém como uma das cirurgias mais realizadas no mundo. No Brasil, entre 1970 e 2010, as taxas de cesárea aumentaram vertiginosamente de 15% para 53%, número que nos tornou o país que mais realiza cesárea no mundo. Analisando apenas o setor privado brasileiro, em 2007, 80% dos partos ocorreram por cesarianas, comparado com apenas 35% em setores públicos (HOPKINS et al., 2015).

Estudos nacionais realizados entre a década de 90 e os anos 2000, concluíram que as variáveis que mais se associavam à cesárea foram ser da raça branca, ter maior nível socioeconômico e educacional, utilizar hospitais com financiamento privado e ser proveniente do Sul ou Sudeste do país. Entretanto, ao longo dos anos, houve um aumento da diversidade econômica, social e racial desse grupo, sugerindo que o incentivo a programas político-sociais, o avanço na qualidade de vida e a urbanização crescente estão modificando esse padrão (RAIFMAN; CUNHA; CASTRO, 2014).

É comprovado que os partos cesáreos contribuem para o aumento da morbidade materna, com maior chance de ocorrência de placenta prévia, acretismos placentários, histerectomias e hemorragias pós-cirúrgicas (MARSHALL; FU; GUISE, 2011; ÖZCAN et al., 2015). A longo prazo, também se evidencia queixas de dor e aderências pélvicas, diminuição da fertilidade, aumento de abortamentos espontâneos e de gestações ectópicas (CLARK; SILVER, 2011). Em relação aos riscos neonatais, o mais importante em termos de frequência é a angústia respiratória, devido a taquipneia transitória do recém-nascido, deficiência de surfactante e hipertensão pulmonar (JAIN; DUDELL, 2006; RAMACHANDRAPPA; JAIN, 2008).

Em 1985, a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu uma declaração pública informando que taxas de cesárea superiores a 15% comprovadamente não melhoram a saúde materna e neonatal. Em 2015, um novo pronunciamento atualizou os dados informados em 1985, idealizando valores até 10%. Apesar disso, a OMS ressaltou que mais importante do que procurar taxas ideais, os serviços de saúde deveriam voltar os seus esforços em realizar cesarianas com justificativa

médica fundamentada (OMS, 2015). No Brasil, em 2016, o Ministério da Saúde publicou uma portaria chamada “Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana”, que entre outras recomendações concluía que considerando as características da nossa população, a taxa ideal ajustada de cesarianas estaria entre 25-30% (MS, 2016).

Em 2015, a fim de contribuir com a redução do número de cesarianas, a OMS realizou um painel mundial de especialistas em Genebra que estabeleceu que uma estratégia eficaz seria definir um modelo padrão de classificação de cesáreas. Dessa maneira, seria mais fácil conhecer, monitorar e comparar de forma segura e transparente, os dados de qualquer local do mundo. Dentre todas as classificações avaliadas, a classificação de Robson foi a escolhida oficialmente por ser mais simples, reprodutível e clinicamente relevante. Sendo assim, a orientação final foi a de que todos os hospitais aderissem ao uso da classificação de Robson e emitissem relatórios periódicos com os resultados encontrados (OMS, 2015).

Apesar de sua divulgação, a classificação de Robson ainda é pouco utilizada nos hospitais brasileiros, sejam públicos ou privados. Poucos estudos locais foram realizados, como os de Campinas/SP e Brasília/DF, visando apenas a análise específica de um ou mais hospitais municipais (BOLOGNANI et al., 2018; FERREIRA et al., 2015a). Há escassos estudos em âmbito nacional, sendo que nenhum deles avalia regionalmente os dados obtidos, com pouca ênfase nas particularidades da região Nordeste (FERREIRA et al., 2015b; NAKAMURA-PEREIRA et al., 2016). Até o momento, nenhum estudo avaliando a implementação da classificação de Robson no estado de Sergipe foi realizado. Tendo isso em vista, o presente estudo tem como objetivo avaliar a associação entre tipo de parto, variáveis sociodemográficas e obstétricas; analisar os partos cesáreos realizados no estado de Sergipe sob a perspectiva da classificação de Robson; conhecer a relação entre os grupos de Robson, tipo de financiamento hospitalar e risco obstétrico.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Parto Cesáreo: Nomenclatura e Histórico

A cesárea é um procedimento que permite o nascimento de um feto através de uma secção realizada na parede abdominal e no útero, quando é inviável o nascimento por via vaginal. Seu surgimento, nomenclatura e relatos históricos são escassos e controversos. Antigamente, creditava-se o nome do procedimento ao imperador Júlio César que teria nascido de sua mãe, Aurélia, através de um parto cesariano. Entretanto, essa explicação foi descartada após relatos de que Aurélia teria sobrevivido ao procedimento, estando viva e presente em documentos históricos posteriores. Devido à escassez de conhecimento médico suficiente para manter mãe e feto vivos pós-cirurgia, é muito improvável que o nascimento cesariano seja verídico (MARTÍNEZ-SALAZAR et al., 2015; RAJU, 2007).

Outra explicação seria a de que o Imperador Numa Pompelius, em 715 d.C., proibiu o sepultamento de grávidas mortas com o feto intra-útero, obrigando a separação dos dois pós-morte. Essa lei ficou conhecida como Lex Regis. Entretanto, após a ascensão de Júlio César, teria sido renomeada para Lex Caesaris, sendo a origem do termo “cesariana”. Apesar disso, a explicação mais aceita atualmente teria relação com a origem etimológica da palavra, advinda do latim *caedare* (verbo cortar) (O’SULLIVAN, 1990; RAJU, 2007).

O primeiro registro conhecido e bem detalhado de um nascimento cesariano pós-morte com feto vivo vem da Irlanda, em 200 a.C., de uma rainha gestante pós-afogamento. O manuscrito é chamado de Livro de Lecan e se encontra na *Royal Academy*, em Dublin. Desse momento em diante, a obstetrícia teve poucos avanços até o ano de 1500, considerado o ano do interesse médico pelo assunto. Acredita-se que isso aconteceu porque até esse momento, a arte da obstetrícia era atribuída apenas as parteiras, geralmente mulheres leigas e aletradas, que aprendiam a arte do ofício observando outras mulheres e praticando sob o risco de várias perdas (O’SULLIVAN, 1990).

Por esse motivo, data-se apenas de 21 de abril de 1610, o primeiro registro em um periódico médico sobre a realização de um nascimento cesariano. A operação foi realizada pelo Dr. Trautmann, em Wittenberg na Alemanha, tendo a gestante ido a óbito no 25º dia de pós-operatório e o bebê sobrevivido. Após muitas polêmicas, os médicos renomados ainda condenavam o procedimento por

considerarem imprudentes as tentativas realizadas, devido as altas taxas de morbimortalidade e os resultados pouco benéficos. Na Inglaterra, houve várias tentativas legais de proibição, usando como justificativa que bons médicos seriam capazes de realizar qualquer parto por via vaginal. Até o séc. XVIII, só eram consideradas indicações plausíveis os casos de nascimento pós-óbito materno e as desproporções anatômicas (MARTÍNEZ-SALAZAR et al., 2015; O'SULLIVAN, 1990).

Os principais problemas relacionados com o procedimento eram a ausência de analgesia adequada, alto índice de infecções (peritonite, septicemia), hemorragia e ruptura uterina. Por esses motivos, só a partir do séc. XX surgiram avanços principalmente nas técnicas cirúrgicas e de assepsia, que tornaram a cesariana mais segura. Uma das mudanças mais determinantes foi a introdução da sutura uterina, realizada apenas em 1882 por Kehrer e Sanger, utilizando fios de prata e seda. Até então, postulava-se que a abertura uterina deveria cicatrizar por conta própria. Entretanto, esses dois cirurgiões discordavam em como proceder a abertura uterina: Sanger realizava uma incisão longitudinal no corpo do útero em sua face anterior (método mais aceito e considerado como opção clássica na época); enquanto Kehrer optava por uma incisão transversal no segmento inferior uterino, prática que só entrou em ascensão muitos anos depois (LURIE, 2005; TODMAN, 2007).

2.2 Técnica Cirúrgica de Cesariana

Atualmente, a técnica de cesárea é composta pelas seguintes etapas:

1) Medidas Gerais: é importante que antes que se inicie o procedimento, o binômio materno-fetal esteja fisiologicamente o mais bem compensado possível. Logo, é primordial que se mantenha um equilíbrio hemodinâmico adequado e que, se necessário, em condições de doenças crônicas agravantes, existam especialistas à disposição (ex.: cardiopatias graves, doenças renais avançadas). Também é indispensável, a depender da situação, garantir suplementos adicionais, como bolsas de sangue e material para cuidados intensivos neonatais (ZUGAIB, 2016). Cuidados pré-operatórios como realização de tricotomia algumas horas antes do procedimento, enema e uso de cateterização vesical de demora, devem ser desencorajados por não demonstrarem nenhuma eficiência na diminuição das taxas de infecções (MONGUILHOTT et al., 2018; PEREIRA; CAPUZZI; SILVEIRA, 2012). O uso de profilaxia antimicrobiana

tem sido muito difundido nos últimos anos por ter relação comprovada com a diminuição de endometrites, infecções de ferida operatória, infecções do trato urinário e síndromes febris. Entretanto, até o momento não existe consenso sobre o momento ideal para a profilaxia, podendo ser realizada antes ou depois do clampeamento do cordão umbilical (SMAILL; GRIVELL, 2014; ZHANG et al., 2015).

2) Tipo de Anestesia: atualmente, a maioria dos profissionais tem optado pelas anestesias regionais (raquianestesias ou peridurais) (MONTENEGRO; FILHO, 2014; NG et al., 2004). Entretanto, não existem evidências suficientes de que a anestesia geral seja responsável por mais desfechos negativos materno-fetais (AFOLABI; LESI, 2012).
3) Incisão da Parede Abdominal: a técnica mais utilizada é a de Pfannenstiel-Kerr, difundida a partir do séc. XX. Sua abordagem consiste em, inicialmente, realizar uma incisão transversal, suprapúbica e levemente arqueada (com cava superior) na pele, de 10 a 12 cm. Prossegue-se com o pinçamento e a cauterização dos vasos sanguíneos, visualizando-se o plano aponeurótico, que deve ser seccionado com bisturi e tesoura, com corte semelhante ao da pele e levemente maior (1-2 cm, lateralmente). Ao atingir os músculos reto-abdominais, estes devem ser separados entre si por meio de divulsão digital ou bisturi, se necessário. Após o afastamento dos músculos retos, visualiza-se o peritônio parietal, que deve ser aberto longitudinalmente. Já o peritônio visceral deve ser incisionado transversalmente, na altura da prega vesico-uterina. Finalmente, encontramos o miométrio, realizando-se uma histerotomia transversal semilunar no segmento inferior uterino com bisturi e aspiração da cavidade amniótica. Se necessário, pode-se complementar a abertura por divulsão digital ou com tesoura. Então, é realizada a retirada do feto, preferencialmente com a manobra de Geppert (orienta-se o polo occipital do concepto em direção à incisão, enquanto o auxiliar pressiona o fundo uterino) (MONTENEGRO; FILHO, 2014; ZUGAIB, 2016). A dequitação placentária pode ser espontânea ou manual, sendo a técnica manual menos recomendada por aumentar a perda sanguínea materna e a chance de infecções; conclui-se com atenciosa revisão da cavidade (WILKINSON; ENKIN, 2006). Existem inúmeras variações de técnicas

conhecidas e documentadas, como a incisão de Maylard, de Cherney, de Joel-Cohen, entre outras; entretanto, nenhum estudo conseguiu comprovar a existência de uma técnica de incisão cesariana ideal, deixando a cargo dos obstetras optarem pela técnica com a qual estiverem mais familiarizados (DODD et al., 2014; HASDEMIR; TERZI; GUVENAL, 2016).

4) Fechamento das Incisões: Por fim, é realizada a rafia de todas as camadas, em ordem: fecha-se útero, peritônios visceral e parietal, reto-abdominais, aponeurose, fáscia superficial, tecido celular subcutâneo e pele. Existem divergências quanto à necessidade de fechamento dos peritônios visceral e parietal, com evidências a favor e contrárias a essa prática (ALTINBAS et al., 2013; BAMIGBOYE; HOFMEYR, 2014; TAKREEM, 2015).

2.3 Taxa de Morbimortalidade da Cesariana

A diminuição da mortalidade materna associada ao parto cesáreo, por conta de todas as melhorias técnicas já citadas anteriormente, foi a principal responsável pelo aumento de popularidade do procedimento. Em 1866, registra-se que 86% dos partos cesáreos realizados findavam em morte materna. No início do séc. XX, essa taxa tinha diminuído para valores entre 5 e 10% (O'SULLIVAN, 1990). Quando analisamos dados de 2003, 2008 e 2014, as taxas são de apenas 0,083%, 0,044% e 0,013%, respectivamente (ALTHABE et al., 2006; VOLPE, 2011). A maioria dos estudos atuais avaliou que o aumento das taxas de cesárea, até certo ponto, não configura necessariamente em aumento das taxas de mortalidade materna; todavia, taxas muito altas podem sim ser associadas com uma maior morbimortalidade (ALTHABE et al., 2006; MOLINA et al., 2015; VOLPE, 2011). Ainda assim, é importante ressaltar que existe uma superioridade evidente do parto vaginal em comparação com o parto cesáreo (FAHMY; CRISPIM; CLIFFE, 2018).

2.4 Indicações de Cesariana

A OMS sugeriu em 2015, que mais importante do que procurar atingir taxas ideais de cesárea, deve-se tentar ao máximo justificar os procedimentos realizados com indicações médicas plausíveis (OMS, 2015). Pensando nisso, entidades nacionais como a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e

o MS, criaram diretrizes para elencar as principais indicações para realização de partos cesáreos, que serão listadas abaixo (FEBRASGO, 2002; MS, 2016):

- Apresentação Pélvica: a operação cesariana é recomendada para gestantes com fetos em apresentação pélvica, entretanto orienta-se que sejam realizadas previamente tentativas de versão cefálica externa (a partir da 36º semana de gestação) por profissionais experientes e habilitados. Em caso de insucessos ou contraindicações da manobra (como trabalho de parto em andamento, comprometimento fetal, sangramento vaginal, bolsa rota, obesidade materna, operação cesariana prévia, outras complicações maternas e inexperiência do profissional com o procedimento), o parto cesariano deve ser sumariamente indicado.
- Gestação Múltipla: é recomendado o parto cesáreo em casos de gestação gemelar cujo primeiro feto seja pélvico e o segundo cefálico ou ambos os fetos se encontrem em apresentação pélvica. Em casos de gestação gemelar com o primeiro feto ou ambos os fetos em apresentação cefálica, é orientada uma decisão individualizada, levando em consideração particularidades como corionicidade, preferências maternas e aceitação quanto a possibilidade de necessidade de um parto cesáreo após um parto vaginal do primeiro gemelar. Partos de três ou mais fetos tem indicação categórica de cesariana.
- Sofrimento Fetal Agudo: casos reais de sofrimento fetal são considerados indicações imediatas de cesariana, com intervalo ótimo de início de realização de 30 minutos. Entretanto, é necessário estar atento à veracidade dos dados monitorados, já que a cardiotocografia (método de monitoramento mais utilizado) está muito sujeita a falsos-positivos.
- Macrossomia: fetos com peso acima de 4500g, principalmente em gestantes nulíparas, são indicativos de parto cesáreo.
- Apresentação Transversa: esse tipo de apresentação, assim como a pélvica, é considerada como indicação de parto cesáreo, após insucesso de manobra de versão externa. É importante ressaltar que nesse caso, se deve evitar ao máximo o início do trabalho de parto.

- Placenta prévia: a recomendação de parto cesáreo é válida apenas nos casos de placenta prévia centro-total ou centro-parcial (não entram nesse critério as placentas marginal e lateral).
- Descolamento Prematuro de Placenta: orienta-se que o parto cesáreo seja considerado a primeira opção, caso esse método seja a via mais rápida de nascimento.
- Acretismo Placentário: é indicação importante de cesariana, sendo que, nos casos de placenta increta ou percreta, recomenda-se que a operação deve ser programada para a 34ª a 36ª semana de gestação. Além disso, cuidados adicionais devem ser tomados como equipe ampla (dois obstetras experientes, anestesista e pediatra) e reserva de hemocomponentes.
- Procidência de cordão umbilical: recomenda-se realização de cesariana de urgência, sendo raros os casos compatíveis com parto vaginal (apresentação baixa com colo totalmente dilatado e parto imediato).
- Malformações fetais: as categorias indicativas de parto cesárea são fetos com meningomielocele, hidrocefalia associada a macrocrania, defeitos de parede anterior com fígado extra-corpóreo, teratomas sacrococcígeos, hidropsia ou trombocitopenia aloimune. Apesar disso, outros casos são aceitos devido a necessidade de programar um parto com equipe pediátrica especializada.
- Infecções pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV): gestantes com carga viral acima de 1000 cópias/ml ou com valor desconhecido devem ser submetidas a parto cesariano. Nesses casos, é importante evitar o início de trabalho de parto e a ruptura de membranas amnióticas. Por esse motivo, as cesáreas eletivas devem ser preferencialmente realizadas na 38ª semana de gestação. Se por alguma razão ocorrer início do trabalho de parto e houver dilatação menor que 4 cm, orienta-se infusão intravenosa de Zidovudina (AZT) e, após três horas de administração do medicamento, realização da operação cesariana.
- Infecções pelo vírus herpes simples (HSV): recomenda-se o parto cesáreo apenas em gestantes que apresentaram a infecção primária no terceiro

trimestre de gestação ou que, no momento do parto, possui lesões vaginais ativas.

- Cesarianas Prévias: gestantes com uma cesárea prévia, após devida orientação quanto os riscos e benefícios de um parto vaginal pós-cesárea e na ausência de outras contraindicações, devem ser estimuladas a realizar um parto vaginal mediante assinatura de termo de consentimento informado. Quando analisamos gestantes com duas cesáreas prévias, as recomendações são controversas. O MS informa que a decisão deve ser individualizada, considerando os riscos, benefícios e preferências da gestante; sendo assim, o parto vaginal pode ser realizado mediante assinatura de termo de consentimento informado. Entretanto, o profissional tem autonomia para recusar o seu envolvimento no procedimento em tempo hábil, indicando outro médico obstetra. Já a FEBRASGO orienta a realização de parto cesáreo em gestantes com duas cesáreas prévias. Ambas as instituições recomendam parto cesáreo se três ou mais cesáreas prévias. Em casos de cesárea prévia com cicatriz uterina longitudinal, também é recomendada nova cesariana.

As diretrizes citadas também se posicionam em relação a situações como prematuridade, fetos pequenos para idade gestacional, infecções por hepatite B e C e obesidade, considerando que nenhum desses fatores isoladamente seria justificativa aceitável para realização de partos cesarianos (FEBRASGO, 2002; MS, 2016).

Dados de 2011 referem que as indicações mais usadas para justificar um nascimento cesáreo, em ordem de frequência, eram distocia fetal, traçado cardíaco fetal anormal ou indefinido, má apresentação fetal, gestação múltipla e suspeita de macrossomia fetal. Por esse motivo, seria de grande importância para a diminuição das taxas de cesáreas: enrijecer os critérios para a definição de distocia fetal, padronizar a interpretação e manejo da análise da frequência cardíaca fetal, aumentar as intervenções não médicas durante o trabalho de parto e aprimorar as técnicas para versão cefálica externa (CAUGHEY et al., 2014).

Estudos também reforçam que uma estratégia bastante efetiva é atingir os grupos de profissionais envolvidos com a obstetrícia através de criação de protocolos frequentemente atualizados, estimular discussões sobre a realidade local de cada serviço e manter padrões de conduta entre membros de uma mesma

equipe. Essas mudanças seriam o primeiro passo para a criação de uma cultura médica anti-cesárea (MARQUINI; JORGE; PINTO, 2014).

2.5 Cesárea à Demanda

Em 2016, o Conselho Federal de Medicina (CFM), através da resolução 2144, passou a considerar eticamente aceitável realizar partos cesáreos justificados pela preferência materna por esse tipo de nascimento. Além da demanda incontestável da gestante, é necessário que a mesma seja orientada sobre os riscos e benefícios de sua escolha, que seja assinado um termo de consentimento livre e esclarecido e que o parto seja realizado a partir da 39ª semana de gestação. É importante ressaltar que o médico obstetra tem autonomia para não realizar a cesárea a pedido, referindo a gestante para outro profissional habilitado (CFM, 2016).

Sobre o assunto, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) já havia emitido uma opinião pública em 2013, declarando que apesar de inicialmente os obstetras deverem estimular a escolha por um parto vaginal, a realização de um parto cesáreo à demanda seria uma alternativa aceitável. De acordo com o comitê avaliador, os estudos realizados até o momento sobre os malefícios do parto cesáreo a pedido eram escassos e não justificariam a proibição. Entretanto, o documento salienta que o parto cesáreo deverá ser realizado a partir da 39ª semana, que a decisão não pode ser motivada por uma incapacidade dos serviços de propiciar uma analgesia eficiente durante o parto vaginal e que cesáreas sob demanda não são recomendadas para mulheres que desejem engravidar várias vezes por conta dos malefícios conhecidos de cesáreas múltiplas (ACOG, 2013).

Embora se relacione o aumento das taxas de cesárea com o desejo materno por esse tipo de nascimento, estudos comprovam que o número de cesáreas realizadas é incompatível com o número de mulheres que optam por esse tipo de parto. A maioria das gestantes no Brasil (em torno de 70%) tem preferência por um parto vaginal. Entretanto, dados de 2015 relatam que a taxa de cesariana entre mulheres que preferiam o parto vaginal no setor privado foi de 72,1% e no setor público de 33,6%. É importante ressaltar que é estatisticamente impossível que complicações inesperadas que modificassem a decisão sobre o tipo de parto seja a única razão para a mudança do tipo de nascimento (FREITAS et al., 2015).

As principais razões de preferência pela cesariana são devido à crença de que o parto cesáreo facilitaria a realização de uma esterilização cirúrgica, medo da

dor e experiências prévias negativas com o parto vaginal e influência médica/obstétrica. Isso torna evidente que existe uma forte relação entre a assistência que é fornecida no pré-natal e durante o trabalho de parto sobre a decisão final da via de parto. Sendo assim, mudanças no modelo de atenção ao parto e médicos mais focados em fornecer aconselhamento gestacional, seriam variáveis muito importantes na diminuição da alta taxa de cesárea brasileira (DOMINGUES et al., 2014; HOPKINS, 2000).

2.6 Classificação de Robson

Em 2015, a OMS sugeriu o uso mundial de um modelo padrão de classificação dos partos cesáreos, facilitando a análise e comparação dos dados em diferentes regiões, cidades e países e contribuindo para a diminuição das taxas de cesárea. Após estudos de revisão sistemática, a classificação de Robson, conhecida também como a classificação dos 10 grupos, foi escolhida por ser a mais simples, reprodutível e clinicamente relevante entre as avaliadas. Como conclusão do pronunciamento, a OMS definiu que todos os hospitais deveriam adotar o uso da classificação de Robson e divulgar periodicamente os resultados encontrados. Em contrapartida, a OMS se responsabilizaria por preparar e divulgar manuais que ajudassem na implementação e interpretação da classificação (OMS, 2015).

Criada em 2001, pelo médico ginecologista-obstetra Michael Stephen Robson, a ideia para a classificação de Robson surgiu após seu criador perceber que existiam inúmeros estudos com a finalidade de contabilizar as taxas de cesárea mundiais e regionais, mas poucos estudos voltados para a criação de métodos de classificação, o que seria uma iniciativa mais ativa na diminuição da prevalência desta via de parto. Ele ressalta também que a classificação por si só não tem a função de diminuir o número de cesáreas, na verdade, seu objetivo principal seria organizar os dados encontrados de forma a facilitar a discussão e a interpretação dos profissionais de saúde sobre o assunto, ajudando a focar os esforços aonde fosse mais necessário (ROBSON, 2001).

Inicialmente, foi necessário definir quais os pré-requisitos mais importantes para a criação de uma classificação ideal. Robson decidiu que uma classificação perfeita deveria ser: capaz de melhorar clinicamente os cuidados fornecidos ao grupo estudado, melhorando seu desfecho de forma prospectiva; suficientemente forte para não precisar de alterações quando aplicado em diferentes realidades; os

dados utilizados na categorização serem verídicos e cuidadosamente colhidos; ter grupos mutuamente exclusivos e totalmente inclusivos, de maneira que nenhum caso fique sem classificação ou possa ser classificado em duas ou mais categorias; ser simples e reprodutível (ROBSON, 2001).

Então, os grupos criados para a classificação de Robson foram baseados em conceitos obstétricos consagrados, colhidos rotineiramente e definidos na hora do parto. São eles: paridade (nulípara ou multípara com ou sem cesárea prévia); modo do início do parto (espontâneo, induzido ou cesárea antes do início do trabalho de parto); idade gestacional (termo ou pré-termo); apresentação fetal (cefálica, pélvica, oblíqua ou transversa) e número de fetos (único ou múltiplo) (ROBSON, 2001).

A divisão final dos grupos será descrita abaixo (ROBSON, 2001):

- Grupo 1: Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo;
- Grupo 2: Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto foi induzido ou que foram submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto;
- Grupo 3: Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo;
- Grupo 4: Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto foi induzido ou que foram submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto;
- Grupo 5: Todas as multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas;
- Grupo 6: Todas as nulíparas com feto único em apresentação pélvica;
- Grupo 7: Todas as multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea anterior;
- Grupo 8: Todas as mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea anterior;
- Grupo 9: Todas as gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea anterior;
- Grupo 10: Todas as gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea anterior.

Esses grupos foram escolhidos por serem, como dito anteriormente, prospectivos, mutuamente exclusivos, totalmente inclusivos, simples e fáceis de entender e organizar. Entretanto, Robson destacou que posteriormente alguns grupos poderiam ser subdivididos, a fim de fornecer informações mais detalhadas e interpretações mais complexas. Por exemplo, o grupo 2 e 4 poderia ser desmembrados em 2a-2b e 4a-4b, separando as mulheres com parto induzido e cesárea antes do início do trabalho de parto. Subdivisões baseadas no modo do início do trabalho de parto também poderiam ser aplicadas nos grupos 5, 8 e 10. Entretanto, mudanças como essas deveriam ser preferencialmente realizadas após uma implementação consistente do sistema de classificação original (ROBSON, 2001).

Foi questionado porque a classificação de Robson não se utilizou de uma variável fundamental do ponto de vista de alguns obstetras: o motivo de indicação para cesariana. Robson declarou que já existiam outros sistemas de classificação baseados nessa variável, os quais apresentaram dificuldades de aplicação quando usados na prática. Métodos que usam a indicação de cesárea para classificar as gestantes se tornariam complexos por algumas grávidas apresentarem dois ou mais motivos de indicação clinicamente relevantes para a realização da cesariana. Além disso, o motivo de indicação muitas vezes só é definido na hora do nascimento, não podendo interferir positivamente no seu desfecho. Também não existe um padrão de termos para documentação da indicação da cesárea em prontuário, o que poderia gerar uma confusão durante a coleta de dados, tornando a classificação operador-dependente (ROBSON, 2001).

Por fim, sugere-se que sejam realizadas análises estatísticas padrões, já exemplificadas por Robson. Seria necessário calcular, após o uso da classificação de Robson em cada serviço, o número total de partos cesáreos e vaginais realizados em cada grupo, o tamanho relativo dos grupos, a taxa de cesárea em cada grupo e a contribuição de cada grupo na taxa de cesáreas geral daquele serviço. Dessa maneira, a interpretação e debate sobre os dados finais seriam mais enriquecedores, permitindo uma melhor comparação entre diferentes hospitais (ROBSON, 2001).

3 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOG. Committee Opinion No. 559: Cesarean delivery on maternal request. **Obstetrics & Gynecology**, [s. l.], v. 121, n. 4, p. 904–907, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23635708%5Cnhttp://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006250-201304000-00044>

AFOLABI, Bb; LESI, Fea. Regional versus general anaesthesia for caesarean section (Review). [s. l.], n. 10, 2012.

ALTHABE, F. et al. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. **Birth**, [s. l.], v. 33, n. 4, p. 270–277, 2006.

ALTINBAS, Sadiman Kiykac et al. Parietal peritoneal closure versus non-closure at caesarean section: Which technique is feasible to perform? **Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, [s. l.], v. 26, n. 11, p. 1128–1131, 2013.

BAMIGBOYE, Anthony A.; HOFMEYR, G. Justus. Closure versus non-closure of the peritoneum at caesarean section: short- and long-term outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], n. 8, 2014. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000163.pub2>

BOLOGNANI, Cláudia Vicari et al. Robson 10-groups classification system to access C-section in two public hospitals of the Federal District/Brazil. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 13, n. 2, p. 1–11, 2018.

CAUGHEY, Aaron B. et al. Safe prevention of the primary cesarean delivery This document was developed jointly by the with the assistance of. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, [s. l.], v. 210, n. 3, p. 179–193, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2014.01.026>

CFM. **Resolução CFM nº 2.144/2016**. [s.l: s.n.].

CLARK, Erin A. S.; SILVER, Robert M. Long-term maternal morbidity associated with repeat cesarean delivery. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, [s. l.], v. 205, n. 6 SUPPL., p. S2–S10, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2011.09.028>

DODD, Jodie M. et al. Surgical techniques for uterine incision and uterine closure at the time of caesarean section. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], v. 2014, n. 7, 2014.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 30, n. suppl 1, p. S101–S116, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=pt&tlng=pt>

FAHMY, Walid Makin; CRISPIM, Cibele Aparecida; CLIFFE, Susan. Association between maternal death and cesarean section in Latin America: A systematic

literature review. **Midwifery**, [s. l.], v. 59, n. August 2017, p. 88–93, 2018.

FEBRASGO. Cesariana - Indicações. **Projeto Diretrizes**, [s. l.], p. 185–194, 2002.

FERREIRA, Carlos Elton et al. Robson Ten Group Classification System Applied to Women with Severe Maternal Morbidity for the Brazilian Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity Study Group. **Birth**, [s. l.], v. 42, n. 1, p. 38–47, 2015. a. Disponível em: <http://cfpcwp.com/MCDG/wp-content/uploads/2015/01/Robson-birt12155.pdf>

FERREIRA, Elton C. et al. The Robson ten-group classification system for appraising deliveries at a tertiary referral hospital in Brazil. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, [s. l.], v. 129, n. 3, p. 236–239, 2015. b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.11.026>

FREITAS, Paulo Fontoura et al. O parecer do Conselho Federal de Medicina, o incentivo à remuneração ao parto e as taxas de cesariana no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 31, n. 9, p. 1839–1855, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000901839&lng=pt&tlng=pt>

HASDEMIR, P. S.; TERZI, H.; GUVENAL, T. What are the best surgical techniques for caesarean sections? A contemporary review. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, [s. l.], v. 36, n. 2, p. 141–145, 2016.

HOPKINS, K. Are Brazilian women really choosing caesarean section? **Social Science and Medicine**, [s. l.], v. 51, p. 725–740, 2000.

HOPKINS, Kristine et al. The Impact of Payment Source and Hospital Type on Rising Cesarean Section Rates in Brazil, 1998 to 2008. [s. l.], v. 41, n. 2, p. 169–177, 2015.

JAIN, Lucky; DUDELL, Golde G. Respiratory Transition in Infants Delivered by Cesarean Section. **Seminars in Perinatology**, [s. l.], v. 30, n. 5, p. 296–304, 2006.

LURIE, Samuel. The changing motives of cesarean section: From the ancient world to the twenty-first century. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, [s. l.], v. 271, n. 4, p. 281–285, 2005.

MARQUINI, Gisele V.; JORGE, Miguel T.; PINTO, Rogério M. C. Effectiveness of an educational intervention on the suitability of indications for cesarean delivery in a Brazilian teaching hospital. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, [s. l.], v. 128, n. 2, p. 114–117, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.08.011>

MARSHALL, Nicole E.; FU, Rongwei; GUISE, Jeanne Marie. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: A systematic review. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, [s. l.], v. 205, n. 3, 2011.

MARTÍNEZ-SALAZAR, Gerardo Jesús et al. Práctica clínico-quirúrgica Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia.

Rev Med Inst Mex Seguro Soc, [s. l.], v. 53, n. 5, p. 608–15, 2015. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im155r.pdf>

MOLINA, George et al. Relationship between cesarean delivery rate and maternal and neonatal mortality. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, [s. l.], v. 314, n. 21, p. 2263–2270, 2015.

MONGUILHOTT, Juliana Jacques da Costa et al. Nascer no Brasil: the presence of a companion favors the use of best practices in delivery care in the South region of Brazil. **Revista de saude publica**, [s. l.], v. 52, p. 1, 2018. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29364356%0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5772405%0Ahttp://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/142381>

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; FILHO, Jorge de Rezende. **Obstetricia Fundamental**. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

MS. portaria nº306 Aprova as diretrizes de atenção à gestante. **Secretaria de atenção a saúde**, [s. l.], v. 306, p. 87, 2016.

NAKAMURA-PEREIRA, Marcos et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: The role of source of payment for childbirth. **Reproductive Health**, [s. l.], v. 13, n. Suppl 3, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-016-0228-7>

NG, Kar W. et al. Spinal versus epidural anaesthesia for caesarean section. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], n. 2, 2004. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003765.pub2>

O'SULLIVAN, John F. O. Caesarean birth. **The Ulster Medical Joumal,** [s. l.], v. 59, n. 1, p. 1–10, 1990.

OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. **Human Reproduction Programme**, [s. l.], p. 1–8, 2015. Disponível em: <http://www.who.int/about/licensing/copyright_ form/en/index.html).>

ÖZCAN, S. et al. Multiple repeat cesarean delivery is associated with increased maternal morbidity irrespective of placenta accreata. **European Review for Medical and Pharmacological Sciences**, [s. l.], v. 19, n. 11, p. 1959–1963, 2015.

PEREIRA, Anderson Hugo; CAPUZZI, Isadora Finati; SILVEIRA, Carla. Risk factors related to the surgical act on puerperal women with surgical site infected. **Perspectivas Médicas**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 5–10, 2012. Disponível em: <http://www.fmj.br/revista/revista_online_abstract2012_1_1.asp>

RAIFMAN, Sarah; CUNHA, Antonio J.; CASTRO, Marcia C. Factors associated with high rates of caesarean section in Brazil between 1991 and 2006. **Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics**, [s. l.], v. 103, n. 7, p. 295–299, 2014.

RAJU, Tonse N. K. The birth of Caesar and the cesarean misnomer. **American**

Journal of Perinatology, [s. l.], v. 24, n. 10, p. 567–568, 2007.

RAMACHANDRAPPA, Ashwin; JAIN, Lucky. Elective Cesarean Section: Its Impact on Neonatal Respiratory Outcome. **Clinics in Perinatology**, [s. l.], v. 35, n. 2, p. 373–393, 2008.

ROBSON, M. S. Classification of caesarean sections. **Fetal and Maternal Medicine Review**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 23–39, 2001.

SMAILL, FM; GRIVELL, MR. Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section - Smaill - 2014 - Cochrane Database of Systematic Reviews - Wiley Online Library. **Cochrane Pregnancy and Childbirth Group**, [s. l.], n. 10, 2014.

TAKREEM, Amera. Comparison of Peritoneal Closure Versus Non-Closure During Caesarean Section. **J Ayub Med Coll Abbottabad**, [s. l.], v. 2727, n. 11, p. 78–80, 2015. Disponível em: <http://www.ayubmed.edu.pk/JAMC/27-1/Aamera.pdf>

TODMAN, Donald. A history of caesarean section: From ancient world to the modern era. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, [s. l.], v. 47, n. 5, p. 357–361, 2007.

VOLPE, Fernando Madalena. Correlation of Cesarean rates to maternal and infant mortality rates: an ecologic study of official international data. **Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health**, [s. l.], v. 29, n. 5, p. 303–8, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21709933>

WILKINSON, Christopher S.; ENKIN, Murray W. Manual removal of placenta at caesarean section. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], n. 1, 2006. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000130.pub2>

ZHANG, Chuan et al. Timing of Antibiotic Prophylaxis in Elective Caesarean Delivery: A Multi-Center Randomized Controlled Trial and Meta-Analysis. **Plos One**, [s. l.], v. 10, n. 7, p. e0129434, 2015. Disponível em: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0129434>

ZUGAIB, Marcelo. **Zugaib Obstetrícia**. 3ª ed. Barueri: Manole, 2016.

4 NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DO ARTIGO

O artigo científico foi escrito a partir das normas de submissão para a Revista de Saúde Pública, sob administração da Universidade de São Paulo (USP), como relatado abaixo:

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".

O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.

URLs para as referências foram informadas quando possível.

O texto está em espaço simples; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.

O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.

Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.

Diretrizes para Autores

Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, com letras arial, corpo 12, página em tamanho A-4, incluindo resumos, agradecimentos, referências e tabelas.

Todas as páginas devem ser numeradas.

Deve-se evitar no texto o uso indiscriminado de siglas, excetuando as já conhecidas.

Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Idioma

Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês. Para aqueles submetidos em português oferece-se a opção de tradução do texto completo para o

inglês e a publicação adicional da versão em inglês em meio eletrônico. Independentemente do idioma empregado, todos os manuscritos devem apresentar dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito for escrito em espanhol, deve ser acrescentado um terceiro resumo nesse idioma.

Dados de identificação

a) Título do artigo - deve ser conciso e completo, limitando-se a 93 caracteres, incluindo espaços. Deve ser apresentada a versão do título em inglês.

b) Título resumido - com até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.

c) Nome e sobrenome de cada autor, seguindo formato pelo qual é indexado.

d) Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço (uma instituição por autor).

e) Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

f) Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

g) Se foi baseado em tese, indicar o nome do autor, título, ano e instituição onde foi apresentada.

h) Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

Descritores - Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do *Medical Subject Headings (MeSH)*, para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Devem ser mencionados nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que não preencham os requisitos para participar da autoria. Deve haver permissão expressa dos nomeados (ver documento Responsabilidade pelos Agradecimentos). Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o *Index Medicus*, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até 6 autores, citam-se todos; acima de 6, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al".

Citação no texto: Deve ser indicado em expoente o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Tabelas - Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização da revista que a publicou, por escrito, para sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à publicação. Os quadros são identificados como tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente.. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Verificação dos itens exigidos na submissão:

1. Nomes e instituição de afiliação dos autores.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 93 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.

3. Título resumido com 45 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.

4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).

5. Nomes da agência financiadora e números dos processos.

6. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição e o ano de defesa.

7. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa, português e inglês, e em espanhol, no caso de manuscritos nesse idioma.

8. Resumos narrativos originais para manuscritos que não são de pesquisa nos idiomas português e inglês, ou em espanhol nos casos em que se aplique.

9. Declaração, com assinatura de cada autor, sobre a "responsabilidade de autoria"

10. Declaração assinada pelo primeiro autor do manuscrito sobre o consentimento das pessoas nomeadas em Agradecimentos.

11. Documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética, nos casos em que se aplica. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.

12. Figura no formato: pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.

13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.

14. Permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.

15. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.

5 ARTIGO CIENTÍFICO

PARTOS CESÁREOS REALIZADOS NO ESTADO DE SERGIPE SOB A PERSPECTIVA DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON

CESAREAN SECTIONS IN STATE OF SERGIPE UNDER PERSPECTIVE OF ROBSON'S CLASSIFICATION

Título Resumido: Classificação de Robson no estado de Sergipe.

Rayana Lorena Santos Florêncio[1], Daniela Siqueira Prado[1], Ricardo Queiroz Gurgel[1], Rosemar Barbosa Mendes[2], Rosana Queiroz Gurgel[3], Felipa Daiana Bezerra[4], Ikaro Daniel de Carvalho Barreto[5].

[1] Universidade Federal de Sergipe. Departamento de Medicina. Aracaju, SE, Brasil.

[2] Universidade Federal de Sergipe. Departamento de Enfermagem. Aracaju, SE, Brasil.

[3] Universidade Tiradentes. Itabaiana, SE, Brasil.

[4] Maternidade Nossa Senhora de Lourdes. Aracaju, SE, Brasil.

[5] Universidade Federal Rural de Pernambuco. Programa de pós-graduação em Biometria e Estatística Aplicada. Recife, PE, Brasil.

Correspondência: Rayana Lorena Santos Florêncio. Rua José Vieira de Matos, 6, 18 do Forte. CEP: 49072-213. Aracaju, SE, Brasil.

E-mail: rayana.lorena@hotmail.com

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

Resumo

Objetivo: Avaliar a associação entre tipo de parto, variáveis sociodemográficas e obstétricas; analisar os partos cesáreos realizados no estado de Sergipe sob a perspectiva da classificação de Robson; conhecer a relação entre os grupos de Robson, tipo de financiamento hospitalar e risco obstétrico.

Métodos: Estudo transversal extraído da pesquisa Nascer em Sergipe que foi um estudo de coorte conduzido entre junho de 2015 e abril de 2016. Foram avaliadas 768 puérperas e seus conceptos, por meio de entrevistas face a face e extração de informações de prontuários. Os dados foram descritos por meio de frequências simples e percentual. Associações e diferenças de proporção foram testadas pelo teste Qui-Quadrado de Pearson e teste Z com correção de Yates, respectivamente. O nível de significância utilizado foi de 5%.

Resultados: Pacientes com idade entre 20 e 30 anos, maior escolaridade, trabalho remunerado, com um ou dois partos prévios, alto risco obstétrico, usuárias do setor privado e que realizaram seu parto na capital tiveram associação significativa com cesariana. A taxa de cesárea das pacientes classificadas nos grupos de Robson foi de 36,2%. As maiores taxas de cesárea ocorreram nos grupos 9, 7 e 6 (100%, 95,2% e 87,1%, respectivamente). Os grupos 1 e 5 obtiveram as maiores taxas de contribuição de cesárea, ambos com 8,5%. No setor privado, quem mais contribuiu para o número de cesáreas foi o grupo 2 (31%), enquanto no setor público foi o grupo 1 (29,9%).

Conclusões: No estado de Sergipe, as mulheres que mais contribuem para a taxa de cesariana são nulíparas com feto único que entram em trabalho de parto e gestantes com cesárea prévia. No setor privado, as nulíparas que não entraram em trabalho de parto espontâneo representaram o grupo que mais contribuiu para a taxa de cesariana.

Descritores: Cesárea. Parto Normal. Classificação de Robson. Centros de Assistência à Gravidez e ao Parto.

Abstract

Objective: To evaluate the association between type of delivery, sociodemographic and obstetric variables; to analyze cesarean deliveries performed in state of Sergipe under the perspective of Robson's classification; to know the relationship between Robson's groups, type of hospital financing and obstetric risk.

Methods: A cross-sectional study derivative from *Nascer em Sergipe* project that was a cohort study conducted between June 2015 and April 2016. A total of 768 puerperal women and their infants were evaluated through face-to-face interviews and extraction of medical record’s information. The data were demonstrated by simple frequency and percentage. Associations and ratio differences were tested by Pearson Chi-Square test and Z test with Yates correction, respectively. The level of significance adopted was 5%.

Results: Patients with age between 20 and 30 years, higher schooling, paid work, with one or two previous births, high obstetric risk, private sector users and who gave birth in the capital had a significant association with cesarean section. The cesarean rate in women classified in Robson system was 36.2%. The highest cesarean rates occurred in groups 9, 7 and 6 (100%, 95.2% and 87.1%, respectively). Groups 1 and 5 had the biggest cesarean contribution rates, both with 8.5%. In

the private sector, group 2 (31%) contributed the most to the number of cesareans, while in the public sector it was group 1 (29.9%).

Conclusions: In state of Sergipe, women who contribute most to the cesarean rate are nulliparous with a single in spontaneous labor and pregnant women with previous cesarean section. In the private sector, nulliparous women who didn't have spontaneous labor represented the group that contributed most to the cesarean rate.

Descriptors: Cesarean Section. Natural Childbirth. Robson Classification. Birthing Centers.

Introdução

O parto cesáreo se configura como uma das cirurgias mais realizadas no mundo. No Brasil, entre 1970 e 2010, as taxas de cesárea aumentaram vertiginosamente de 15% para 53%, tornando-nos um dos líderes em número de cesáreas. Analisando apenas o setor privado brasileiro, em 2007, 80% dos partos ocorreram por cesarianas, comparado com apenas 35% em setores públicos [1].

É comprovado que os partos cesáreos contribuem para o aumento da morbidade materna, com maior chance de ocorrência de placenta prévia, acretismos placentários e histerectomias[2,3]. Em relação aos riscos neonatais, o mais importante em termos de frequência é síndrome da angústia respiratória, devido a taquipneia transitória do recém-nascido, deficiência de surfactante e hipertensão pulmonar[4,5].

Em 1985, a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu uma declaração pública informando que taxas de cesárea maiores que 15% comprovadamente não melhoram a saúde materna e neonatal. Em 2015, um novo pronunciamento atualizou os dados informados em 1985, idealizando valores até 10%. Apesar disso, a OMS ressaltou que mais importante que procurar taxas ideais, os serviços de saúde deveriam voltar os seus esforços em realizar cesarianas com justificativa médica fundamentada[6].

A fim de contribuir com a redução do número de cesarianas, a OMS realizou um painel mundial de especialistas em Genebra definindo que uma estratégia eficaz seria determinar um modelo padrão de classificação de cesáreas. Dessa maneira, seria mais fácil conhecer, monitorar e comparar de forma segura e transparente, os dados de qualquer local do mundo. Dentre todas as classificações avaliadas, a classificação de Robson foi a escolhida oficialmente por ser mais simples, reprodutível e clinicamente relevante[6].

A classificação de Robson foi criada em 2001 pelo médico ginecologista-obstetra Michael Stephen Robson e é baseada em conceitos obstétricos consagrados, colhidos rotineiramente e definidos na hora do parto. São eles: paridade, modo do início do trabalho de parto, idade gestacional, apresentação fetal e número de fetos. A partir desses dados, foram criados 10 grupos, totalmente inclusivos e mutuamente excludentes entre si[7].

Apesar de sua divulgação, a classificação de Robson ainda é pouco utilizada nos hospitais brasileiros, sejam públicos ou privados. Poucos estudos locais foram realizados, como os de Campinas/SP e em Brasília/DF, visando apenas a análise

específica de um ou mais hospitais municipais[8,9]. Há escassos estudos em âmbito nacional, sendo que nenhum deles avalia regionalmente os dados obtidos, com pouca ênfase nas particularidades da região Nordeste[10,11]. Até o momento, nenhum estudo avaliando a implementação da classificação de Robson foi realizado no estado de Sergipe. Tendo isso em vista, o presente estudo tem como objetivo avaliar a associação entre tipo de parto, variáveis sociodemográficas e obstétricas; analisar os partos cesáreos realizados no estado de Sergipe sob a perspectiva da classificação de Robson; conhecer a relação entre os grupos de Robson, tipo de financiamento hospitalar e risco obstétrico.

Métodos

Estudo transversal, extraído da pesquisa Nascer em Sergipe, que foi um estudo de coorte conduzido entre junho de 2015 e abril de 2016. Foram incluídas as maternidades que tiveram mais que 500 partos/ano públicas, privadas e mistas (todas do Estado). Reproduziu-se a metodologia do estudo Nascer no Brasil com treinamento da equipe local por pesquisadoras da Fiocruz que participaram do estudo nacional com o intuito de obter uma amostra representativa do Estado[12].

O cálculo da amostra foi feito levando em consideração uma proporção de 38% de cesariana[13], 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. Para aumentar o poder do estudo e avaliar associações com outras variáveis, avaliou-se 768 puérperas e seus conceptos. Foi adotada a alocação proporcional ao tamanho da instituição para distribuir o número amostral calculado.

Em cada instituição, os entrevistadores permaneceram no mínimo sete dias. Caso o número de puérperas pudesse ser atingido antes deste período, procedia-se um sorteio aleatório com limitação do número diário de entrevistadas, para que os sete dias fossem atingidos. Foram incluídas todas as mulheres admitidas nas maternidades selecionadas por ocasião da realização do parto e seus conceptos, vivos ou mortos, com peso ao nascer ≥ 500g e/ou idade gestacional ≥ 22 semanas de gestação que aceitaram participar do estudo, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas mulheres que não falassem e/ou compreendessem o idioma (português). Não houve recusa em participar do estudo pelas puérperas elegíveis. Houve duas perdas de pacientes elegíveis por estado muito grave pós-parto que evoluíram para óbito.

Foram realizadas entrevistas face a face com as puérperas entre 6h e 24h do parto e extraídos dados do prontuário da mulher e do recém-nascido após a alta (ou óbito). Em caso de permanência hospitalar prolongada, os dados da puérpera eram extraídos após 42 dias de internação e do recém-nascido após 28 dias. Os cartões de pré-natal foram fotografados e as informações digitadas no banco de dados.

As variáveis sociodemográficas estudadas foram idade, cor da pele referida, escolaridade, situação de emprego, localidade e fonte de financiamento. O risco obstétrico também foi avaliado, utilizando-se a mesma classificação de risco do estudo Nascer no Brasil[19] (critérios de risco: diabetes gestacional, hipertensão arterial gestacional ou pré- gestacional, obesidade, HIV, idade gestacional < 37 semanas ou > 41 semanas ao nascer, gravidez múltipla, apresentações não cefálicas, peso ao nascer < 2500 ou > 4499g e < percentil 5 ou acima do percentil 95 de peso por idade gestacional).

Para classificação de Robson, foram incluídas as puérperas que possuíssem todos os dados referentes a paridade (nulípara ou multípara com ou sem cesárea prévia); modo do início do trabalho de parto (espontâneo, induzido ou cesárea antes do início do trabalho de parto); idade gestacional (termo ou pré-termo); apresentação fetal (cefálica, pélvica, oblíqua ou transversa) e número de fetos (único ou múltiplo). A partir dessas informações, as pacientes foram classificadas segundo os grupos de Robson[7]:

- Grupo 1: Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo;
- Grupo 2: Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto foi induzido ou que foram submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto;
- Grupo 3: Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo;
- Grupo 4: Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto foi induzido ou que foram submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto;
- Grupo 5: Todas as multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas;
- Grupo 6: Todas as nulíparas com feto único em apresentação pélvica;

- Grupo 7: Todas as multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea anterior;
- Grupo 8: Todas as mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea anterior;
- Grupo 9: Todas as gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea anterior;
- Grupo 10: Todas as gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea anterior.

Em relação a análise estatística, os dados foram descritos por meio de frequências simples e percentual. As associações foram testadas pelo teste Qui-Quadrado de Pearson. As diferenças de proporção foram testadas pelo teste Z com correção de Yates. Riscos relativos brutos e ajustados foram calculados para parto cesáreo em cada grupo de Robson. O nível de significância utilizado foi de 5% e o software utilizado foi o R Core Team 2018.

O projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Sergipe na Plataforma Brasil CAAE: 22488213.4.0000.5546. A identidade e os direitos dos participantes foram preservados. Foram seguidas as recomendações da Normativa 196/96 atendendo a Resolução nº 466/2012. As puérperas assinaram o TCLE, com garantia de recusa a qualquer momento, sem sofrer qualquer dano.

Resultados

A média de idade das pacientes avaliadas foi de 25 anos. A maioria se autodeclarava não branca (85,8%), possuía ensino fundamental completo ou menos (46,5%), não tinha emprego remunerado (55,5%), era primigesta (48%), apresentava baixo risco obstétrico (65,9%), teve seu parto realizado no setor público (85,9%) e na capital (55,1%). Das 768 puérperas do estudo, o tipo de parto foi normal em 59,4% e cesárea em 40,6%. A taxa de cesariana do setor privado foi de 80,5%, em comparação com 34,1% no setor público. Em relação à avaliação da associação entre tipo de parto e variáveis sociodemográficas e obstétricas, verificou-se que pacientes com idade entre 20 e 30 anos ($p < 0,001$), maior escolaridade ($p < 0,001$), trabalho remunerado ($p < 0,001$), com um ou dois partos prévios ($p = 0,016$), com alto risco obstétrico ($p < 0,001$), usuárias do setor privado ($p < 0,001$) e que realizaram seu parto na capital ($p = 0,002$) tiveram associação significativa com cesariana (Tabela 1).

Foram classificadas segundo os grupos de Robson 657 puérperas. Destas, 238 apresentaram tipo de parto cesáreo (36,2%). Os grupos 1 (nulíparas com feto único, cefálico, a termo, em trabalho de parto espontâneo) e 3 (multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, a termo, em trabalho de parto espontâneo), compuseram a maior parte da amostra (62,5%). As maiores taxas de cesárea foram verificadas nos grupos 9 (feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea anterior), 7 (multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea anterior) e 6 (nulíparas com feto único em apresentação pélvica) com 100%, 95,2% e 87,1%, respectivamente. Ao analisar a contribuição proporcional de cada grupo para a taxa global de cesarianas, os grupos 1 (nulíparas com feto único, cefálico, a termo, em trabalho de parto espontâneo) e 5 (multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, a termo) obtiveram as maiores taxas de contribuição, ambos com 8,5% (Tabela 2).

Em relação à avaliação das cesáreas por grupo de Robson segundo financiamento e risco obstétrico, predominou a realização de cesarianas em gestações de baixo risco nos serviços públicos e privados, com taxas de 52,1% e 69%, respectivamente. No setor privado, a maior contribuição para a taxa de cesárea ocorreu no grupo 2 (nulíparas com feto único, cefálico, a termo, cujo parto foi induzido ou que foram submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto) com 31%. No setor público, a maior contribuição para a taxa de cesárea foi do grupo 1 (nulíparas com feto único, cefálico, a termo, em trabalho de parto espontâneo) com 29,9% (Tabela 3).

Discussão

A classificação de Robson apresentou um aumento progressivo de sua divulgação e reprodução ao longo de quase duas décadas de existência, mas ainda é pouco utilizada pelos serviços de saúde. Sua aplicação permite a análise e comparação das taxas de cesariana de diferentes regiões, facilitando a criação de estratégias para a diminuição de cesáreas.

Estudo em âmbito nacional concluiu que as variáveis que mais influenciavam os nascimentos cesáreos eram ser da raça branca, ter maior nível socioeconômico e educacional, utilizar hospitais com financiamento privado e ser provenientes do Sul ou Sudeste[14]. O presente estudo corrobora a relação entre cesarianas e melhores índices educacionais, ser do setor privado e da capital. Estudo realizado com dados

de todo o território brasileiro caracterizou que nascer em um hospital privado seria a variável independente mais relevante para a realização de cesarianas[15].

A taxa global de cesárea deste estudo foi de 40,6%. Apesar de longe do ideal preconizado pela OMS[6], a frequência foi inferior à média nacional, que de acordo com o estudo “Nascer do Brasil” gira em torno de 52%[10]. Em 2016, o Ministério da Saúde publicou uma portaria intitulada “Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana”, que entre outras recomendações concluía que considerando as características da população brasileira, a taxa ideal ajustada de cesarianas estaria entre 25-30%[16].

As maiores taxas de cesárea foram observadas nos grupos com apresentação anômala (9, 7 e 6), o que seria esperado visto ser a apresentação córmica indicação absoluta de cesárea e a pélvica ser indicação relativa[17]. Os grupos 1 (nulíparas, feto único, cefálico, a termo, em trabalho de parto espontâneo) e 5 (multíparas com cesárea anterior) foram os que mais contribuíram para taxa global de cesárea da nossa casuística. Estudos realizados no Canadá, Índia e França, corroboram que os grupos 1 e 5 costumam estar entre os maiores contribuintes para a taxa de cesariana[18–20].

Em estudo multicêntrico, realizado em 21 países, verificou-se que há um padrão mundial em que o grupo 5 frequentemente se mantém como o maior contribuidor para as taxas de cesárea[21]. Isso pode ser reflexo da crença errônea de que mulheres com cesáreas prévias tenham indicação de terem novas cesáreas. Já no grupo 1, as causas podem ser distócias provavelmente relacionadas com internações precoces e uso de ocitocina rotineira[22]. As principais abordagens para diminuição das taxas nesses grupos seriam seguir o trabalho de parto com monitorização adequada com partograma, estimular mulheres com um parto cesáreo prévio a optarem pelo parto vaginal, divulgar entre equipes médicas estudos que demonstrem ser segura a realização de um parto vaginal após uma cesariana prévia e a educação formal da gestante e da equipe quanto ao sinais de início do trabalho de parto[23].

Ao correlacionar os partos cesáreos por grupo de Robson com o tipo de financiamento hospitalar e o risco gestacional, observa-se diferentes contribuições para a taxa de cesárea entre o setor público e privado. No setor público, os grupos 1 e 5 se mantém como os que mais contribuem, coincidindo com a análise independente do tipo de financiamento. Em contrapartida, quando observamos

apenas o setor privado, os grupos 2 e 5 são os que mais colaboram para o número de cesáreas. É importante observar que no grupo 2 estão inseridas as nulíparas, sem cesárea prévia, que não entraram em trabalho de parto ou que tiveram seus partos induzidos. Possivelmente, o aumento da contribuição desse grupo no setor privado, tem estreita relação com o grande número de cesáreas previamente agendadas nesse tipo de serviço. Desde 2016, o Conselho Federal de Medicina (CFM), através da resolução 2144, passou a considerar eticamente aceitável a realização de partos cesáreos justificados apenas pela preferência materna por esse tipo de nascimento, sem a necessidade de uma justificativa obstétrica[24]. Não há estudos que verifiquem o impacto dessa decisão sobre o número de cesarianas realizadas no Brasil.

Como limitação, podemos destacar que o projeto Nascer em Sergipe não foi um estudo desenhado com o único objetivo de extrair dados para aplicação da classificação de Robson. Por esse motivo, houve uma perda de amostra secundária à falta de informação nos prontuários avaliados. Além disso, não foi possível a subdivisão de alguns grupos (como o 2 e 4), como já sugerido na literatura mundial[22].

Nosso estudo analisou os partos cesáreos realizados no estado de Sergipe sob a perspectiva da classificação de Robson, evidenciando que as nulíparas com feto único que entram em trabalho de parto, as gestantes com cesárea prévia e, no setor privado, as primigestas que não entram em trabalho de parto são os grupos que merecem maior atenção. A partir dessas informações, podemos estimular discussões e propostas de mudança de conduta, ajudando a focar os esforços nos grupos de maior risco, contribuindo de maneira ativa para a diminuição da prevalência de cesáreas.

Colaboradores

Concepção e planejamento do estudo: DSP, RBM, RQG, FDB, IDCB, RQG. Coleta, análise e interpretação dos dados: DSP, RBM, RQG, FDB, IDCB, RQG, RLSF. Elaboração ou revisão do manuscrito: RLSF, DSP. Aprovação da versão final: RLSF, DSP. Responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo: RLSF.

Agradecimentos

À Professora Dra. Maria do Carmo Leal, coordenadora do Projeto Nascer no Brasil, pelo consentimento à realização deste estudo com metodologia já testada em estudo de campo nacional. Às professoras Barbara Vasques da Silva Ayres e

Silvana Granado Nogueira da Gama que fizeram o treinamento da equipe local do estudo. À professora Daniela Siqueira Prado, pela paciência, colaboração crítica e suporte emocional durante a confecção deste artigo. Aos gestores das instituições envolvidas no estudo, aos acadêmicos entrevistadores e às mães participantes que tornaram este estudo possível.

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

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Referências:

1 Hopkins K, Friedrich E, Amaral DL, Nogueira A, Federal U, Gerais DM *et al.* The Impact of Payment Source and Hospital Type on Rising Cesarean Section Rates in Brazil, 1998 to 2008. 2015; **41**: 169–177.

2 Marshall NE, Fu R, Guise JM. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2011; **205**. doi:10.1016/j.ajog.2011.06.035.

3 Özcan S, Karayalçin R, Kanat Pektas M, Artar I, Sucak A, ??elen S *et al.* Multiple repeat cesarean delivery is associated with increased maternal morbidity irrespective of placenta accreata. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2015; **19**: 1959–1963.

4 Ramachandrappa A, Jain L. Elective Cesarean Section: Its Impact on Neonatal Respiratory Outcome. *Clin Perinatol* 2008; **35**: 373–393.

5 Jain L, Dudell GG. Respiratory Transition in Infants Delivered by Cesarean Section. *Semin Perinatol* 2006; **30**: 296–304.

6 Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. *Hum Reprod Program* 2015; : 1–8.

7 Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal Matern Med Rev* 2001; **12**: 23–39.

8 Ferreira EC, Pacagnella RC, Costa ML, Cecatti JG. The Robson ten-group classification system for appraising deliveries at a tertiary referral hospital in Brazil. *Int J Gynecol Obstet* 2015; **129**: 236–239.

9 Bolognani CV, De Sousa Moreira Reis LB, Dias A, De Mattos Paranhos Calderon I. Robson 10-groups classification system to access C-section in two public hospitals of the Federal District/Brazil. *PLoS One* 2018; **13**: 1–11.

10 Nakamura-Pereira M, Do Carmo Leal M, Esteves-Pereira AP, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB *et al.* Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: The role of source of payment for childbirth. *Reprod Health* 2016; **13**. doi:10.1186/s12978-016-0228-7.

11 Ferreira CE, Costa LM, Cecatti GJ, Haddad SM, Parpinelli AM, Robson MS. Robson Ten Group Classification System Applied to Women with Severe Maternal Morbidity for the Brazilian Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity Study Group. *Birth* 2015; **42**: 38–47.

12 Vasconcellos MTL de, Silva PL do N, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Junior PRB de, Szwarcwald CL. Desenho da amostra Nascer no Brasil : Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. *Cad Saúde Pública* 2014; **30**: S49–S58.

13 Ministério da Saúde. Informações de saúde: estatísticas vitais. http://datasus.saude.gov.br (accessed 15 Dec2016).

14 Raifman S, Cunha AJ, Castro MC. Factors associated with high rates of caesarean section in Brazil between 1991 and 2006. *Acta Paediatr Int J Paediatr* 2014; **103**: 295–299.

15 Guimarães RM, Andrade PG, Camila A, Pereira R, Jomar RT, Freire RP. Fatores associados ao tipo de parto em hospitais públicos e privados no Brasil. 2017; **17**: 581–590.

16 Ministério da Saúde. portaria n^{o}306 Aprova as diretrizes de atenção à gestante. *Secr atenção a saúde* 2016; **306**: 87.

17 Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 2001. doi:10.1053/beog.2000.0156.

18 Roberge S, Dubé E, Blouin S, Chaillet N. Reporting Caesarean Delivery in Quebec Using the Robson Classification System. *J Obstet Gynaecol Canada* 2017. doi:10.1016/j.jogc.2016.10.010.

19 Hans P, Rohatgi R. Proposing a Hybrid Model Based on Robson's Classification for Better Impact on Trends of Cesarean Deliveries. *J Obstet Gynecol India* 2017. doi:10.1007/s13224-016-0953-4.

20 Le Ray C, Prunet C, Deneux-Tharaux C, Goffinet F, Blondel B. Classification de Robson : Un outil d'évaluation des pratiques de césarienne en France. *Rev Sage - Femme* 2015; **14**: 199–207.

21 Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J *et al.* Use

of the robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: A secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Glob Heal* 2015. doi:10.1016/S2214-109X(15)70094-X.

22 Robson M, Murphy M, Byrne F. Quality assurance: The 10-Group Classification System (Robson classification), induction of labor, and cesarean delivery. *Int J Gynecol Obstet* 2015. doi:10.1016/j.ijgo.2015.04.026.

23 Robson M, Hartigan L, Murphy M. Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013. doi:10.1016/j.bpobgyn.2012.09.004.

24 Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.144/2016. 2016.

Tabela 1. Características sociodemográficas e obstétricas das puérperas no estado de Sergipe, 2015. (n = 768)

	Tipo de Parto		
	Normal N (%)	**Cesárea N (%)**	**p-valor***
Idade			<0,001
10-19	119(26,1)	45(14,4)	
20-34	303(66,4)	229(73,4)	
≥35	34(7,5)	38(12,2)	
Cor/Raça			0,104
Branco	57(12,5)	52(16,7)	
Não Branco	399(87,5)	260(83,3)	
Escolaridade			<0,001
Fundamental incompleto/completo ou menos	256(56,1)	101(32,4)	
Médio incompleto/completo	173(38)	137(43,9)	
Superior incompleto/completo ou mais	27(5,9)	74(23,7)	
Trabalha			<0,001
Não	281(61,6)	145(46,5)	
Sim	175(38,4)	167(53,5)	
Partos			0,016
0	213(46,7)	156(50)	
1-2	177(38,8)	132(42,3)	
≥3	66(14,5)	24(7,7)	
RISCO			<0,001
Baixo Risco	326(71,5)	180(57,7)	
Alto Risco	130(28,5)	132(42,3)	
Tipo de Serviço			<0,001
Privado	21(4,6)	87(27,9)	
Público	435(95,4)	225(72,1)	
Local do Nascimento			0,002
Capital	230(50,4)	193(61,9)	
Interior	226(49,6)	119(38,1)	

*Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Tabela 2. Distribuição dos partos cesáreos realizados no estado de Sergipe de acordo com a classificação de Robson, 2015. (n = 657)

	Classificação de Robson	Grupo de Robson	Tamanho relativo do grupo		CS/ por grupo %	Contribuição de cada grupo para CS	RR (IC95%)	p-valor*
		T	T/N (%)	C	C/T (%)	C/N (%)		
1.	Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo	232	35,3	56	24,1	8,5	0,56 (0,40-0,79)	0,001
2.	Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto foi induzido ou que foram submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto	44	6,7	32	72,7	4,9	4,69 (2,37-9,29)	<0,001
3.	Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo	179	27,2	9	5,0	1,4	0,09 (0,05-0,19)	<0,001
4.	Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto foi induzido ou que foram submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto	28	4,3	14	50,0	2,1	1,76 (0,83-3,76)	0,143
5.	Todas as multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas	70	10,7	56	80,0	8,5	7,04 (3,84-12,92)	<0,001
6.	Todas as nulíparas com feto único em apresentação pélvica	31	4,7	27	87,1	4,1	11,88 (4,11-34,37)	<0,001
7.	Todas as multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea anterior	21	3,2	20	95,2	3,0	35,21 (4,70-264,01)	0,001
8.	Todas as mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea anterior	6	0,9	5	83,3	0,8	8,80 (1,02-75,79)	0,048
9.	Todas as gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea anterior	13	2,0	13	100,0	2,0		
10.	Todas as gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea anterior	33	5,0	6	18,2	0,9	0,39 (0,16-0,96)	0,041
Total:		657 (N)	100	238		36,2		

N – número total da amostra avaliada;
T – número absoluto de puérperas por grupo;
C - número absoluto de cesarianas realizadas por grupo;
RR – Risco Relativo para Cesárea; IC95% - Intervalo com 95% de confiança;
*Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Tabela 3. Relação dos partos cesáreos por grupo de Robson com o tipo de financiamento hospitalar e risco gestacional. Sergipe, 2015. (n = 238)

Robson	Privado Baixo Risco (N=49)	Privado Alto Risco (N=22)	Total (N=71)	Público Baixo Risco (N=87)	Público Alto Risco (N=80)	Total (N=167)	p-valor*
1	12,2%	0,0%	8,5%	36,8%	22,5%	29,9%	<0,001
2	36,7%	18,2%	31,0%	6,9%	5,0%	6,0%	<0,001
3	2,0%	4,5%	2,8%	5,7%	2,5%	4,2%	0,891
4	14,3%	13,6%	14,1%	3,4%	1,3%	2,4%	0,001
5	18,4%	36,4%	23,9%	19,5%	27,5%	23,4%	1,000
6	2,0%	4,5%	2,8%	2,3%	11,3%	6,6%	0,390
7	2,0%	4,5%	2,8%	12,6%	8,8%	10,8%	0,077
8	0,0%	4,5%	1,4%	0,0%	5,0%	2,4%	1,000
9	12,2%	9,1%	11,3%	12,6%	10,0%	11,4%	1,000
10	0,0%	4,5%	1,4%	0,0%	6,3%	3,0%	0,793

*Teste Z com correção de Yates.

ANEXOS

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I – Dados sobre a pesquisa científica

Título: INDICAÇÕES E REPERCUSSÕES DA VIA DE PARTO EM RESULTADOS PERINATAIS E MATERNOS DO ESTUDO NASCER EM SERGIPE

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

II – Termo de Consentimento

Prezada _____,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa "**Indicações e Repercussões da via de parto em resultados perinatais e maternos do estudo nascer em Sergipe"**, de responsabilidade de pesquisadores da UFS e de outras instituições de pesquisa. O estudo pretende identificar os tipos de parto realizados, os motivos para realização de cada um e avaliar o atendimento à mulher durante o pré-natal e o parto, e aos recém nascidos. A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e a criança, não havendo qualquer risco envolvido. Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre você e seu bebê e como foi sua assistência desde o pré-natal e consultar algumas informações em seu prontuário. As respostas serão anotadas em um formulário. Esta entrevista terá uma duração em torno de, aproximadamente 30 minutos. Posteriormente, iremos entrar em contato com você por telefone, no período entre 45 e 60 dias após esta entrevista e em 3 meses para saber como estará a sua saúde e do seu filho. Tudo que for dito ficará em segredo e o seu nome não será divulgado. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper se assim desejar. Eu declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, desta pesquisa.

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

1. Daniela Siqueira Prado. Profª. Ms. Do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Av Franklin de Campos Sobral 1580 apto 1502 Blc B Aracaju-Se

IV – Consentimento pós-esclarecido

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

Se, _____ de _____ de 2014.

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):

APÊNDICE B

Questionário Hospitalar – Puérpera

Cidade:
_____

Nome do Hospital: _____

Nome do entrevistador :
_____

Tipo de Questionário: |___| Puérpera |___| Prontuário

Número da Mãe (entrevistada) |___|___|___|___|

QUESTIONÁRIO HOSPITALAR - PUÉRPERA

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."

14.Qual é o seu nome completo (mãe)? _____
15. Qual é o nome completo da sua mãe? _____
16. Qual é a data do seu nascimento? |___|___|/|___|___|/|___|___|
17. Qual a sua idade? _
18. A sua cor da pele é... **(ler as alternativas)** **1.** Branca **2**. Preta **3**. Parda/morena/mulata **4**. Amarela/oriental **5.** Indígena
19. **Entrevistador:** Sob o seu ponto de vista qual a cor da pele, raça ou etnia da puérpera? **1.** Branca **2**. Preta **3**. Parda/morena/mulata **4**. Amarela/oriental **5.** Indígena
20. Qual o seu endereço (Rua, bairro, município): _____ _____ _____

_____ _____
21. Ponto de referência: _____ _____ _____ _____ _____ _____
22. Telefones para contato (com DDD):
23. Residencial: |___|___| |___|___|___|___|___|___|___|___|___|
24. Celular: |___|___| |___|___|___|___|___|___|___|___|___|
25. Telefone de familiar ou companheiro: |___|___| |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|
26. Nome do familiar ou companheiro: _____
27. Telefone de outro parente ou vizinho: |___|___| |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|
28. Nome de outro parente ou vizinho: _____

29. Telefone de trabalho da entrevistada ou de companheiro: |___|___| |___|___|___|___|___|___|___|___|___| _____

III. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

"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 à 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)**?

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?

66. |___|___| semanas 67. |___| meses

(Se souber informar semanas, não registrar meses. **Se início do pré-natal até 4 meses ou 16 semanas vá para 70).**

68. Por que não começou o pré-natal mais cedo? **(Não ler as opções)**

1. Dificuldade de acesso (tentou, mas não conseguiu consulta antes)

2. Dificuldades familiares (não tinha com quem deixar os filhos, não tinha quem a acompanhasse)

3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para o transporte)

4. Questões pessoais (não tinha certeza se queria manter esta gravidez, não acha importante iniciar o pré-natal cedo)

5. Dificuldades relacionadas ao trabalho/escola (falta de tempo para ir às consultas)

6. Não sabia que estava grávida

7. Outro **(responda 69)**

69. Outro? Defina o porque!
_____

70. Quantas consultas de pré-natal com médico, enfermeira ou parteira você fez durante a gravidez do (a) **(nome do bebê)**? ***(caso a gestante tenha mudado de unidade ou tenha freqüentado pré-natal em mais de um serviço, considerar o total de consultas)***	|___|___|
71. Na gravidez do (a) **(nome do bebê)** você recebeu um cartão de pré-natal/cartão da gestante? **0.** Não **1.** Sim	|___|
72. Onde foi realizada **a maioria das consultas** do pré-natal da gravidez do (a) **(nome do bebê)? (Ler as opções. Só colocar dois serviços se o número de consultas for igual nos dois)** **1.** No serviço público **2.** No serviço particular ou de plano de saúde **(vá para 74)** **3.** Nos dois	|___|

73. Em que tipo serviço foram feitas essas consultas?

1. PSF/Posto PSF

2. Posto de Saúde/Policlínica/Ambulatório

3. Ambulatório do hospital

74. Qual profissional de saúde atendeu você durante a maior parte das consultas do prénatal da gravidez do (a) **(nome do bebê)**?

1. Médico **2.** Enfermeiro **3.** Parteira **4.** Outro **9.** Não sabe informar

75. Você foi acompanhada, durante o pré-natal da gravidez do (a) **(nome do bebê)** pelo mesmo profissional? **(ler as opções)**

0. Não **1.** Sim, a maior parte do tempo **2.** Sim, o tempo todo

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?

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

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)**

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)**

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 rompeu

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)**
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)
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
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

138. Você solicitou algum líquido ou alimento durante seu trabalho de parto?

0. Não **(vá para 140)** **1.**Sim

139. Seu pedido foi atendido?
0. Não **1.** Sim

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

0. Não **(vá para 143)** **1.** Sim

141. Foi posto no soro um medicamento para aumentar as contrações (ocitocina)?
0. Não **(vá para 143)** **1.** Sim **9.** Não soube informar **(vá para 143)**

142. Depois que colocaram a medicação no soro as contrações (dores) aumentaram?

1. Não percebeu diferença

2. As dores aumentaram um pouco

3. As dores aumentaram muito

143. Quando você estava no trabalho de parto, foi colocado algum remédio em sua vagina para induzir/acelerar o parto?

0. Não **(vá para 145)** **1.** Sim **9.** Não soube informar **(vá para 145)**

144. Depois que colocaram o remédio, as contrações (dores) aumentaram?

1. Não percebeu diferença **2.** As dores aumentaram um pouco

3. As dores aumentaram muito.

145. Romperam a bolsa depois que você chegou aqui no hospital? **(ler as opções)**

1. Não, rompeu antes da internação

2. Não, rompeu sozinha durante a internação

3. Sim

146. Qual era a cor do líquido?

1. Claro **2.** Esverdeado/Amarronzado **3.** Com sangue

4. Amarelado/purulento **9.** Não soube informar

147. Você pôde ficar fora da cama e andar durante o trabalho de parto? **(ler as opções)**

0. Não, não era permitido **1.** Não, porque não quis **2.** Sim

148. Você utilizou alguma das seguintes medidas para aliviar a dor durante o trabalho de parto? **(ler as opções)**

0. Não

1. Banheira

2. Chuveiro

3. Bola

4. Massagem

5. Banquinho para posição de cócoras

6. Cavalinho

7. Outro **(responda a 149)**

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?

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 tranqüila e ter um parto melhor

2. Ajuda um pouco a mulher a ficar mais tranqüila 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? _____	
175. Você foi para outra sala na hora de ter o bebê? **0.** Não **1.**Sim	|___|

176. Qual foi a posição que você ficou para ter o bebê? **1.** Deitada de costas com as pernas levantadas **2.** Deitada de lado **3.** Sentada / reclinada **4.** Na banheira **5.** De quatro apoios **6.** De cócoras **7.** De pé	|___|
177. Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê? (manobra de Kristeller). **0.** Não **1.** Sim	
178. Você sabe como ficou o seu períneo (vagina) depois do parto? **(ler as opções)** **1.** Não rompeu, não cortou e não deu pontos	
2. Rompeu um pouco, mas não precisou dar pontos **3.** Não levei pontos, mas não sei se rompeu **4.** Rompeu e deram pontos **5.** Cortaram e deram pontos **6.** Levei pontos, mas não sei se rompeu ou se o médico cortou **(Se resposta 1, 2 ou 3, vá para 180)**	|___|
179. Foi feita anestesia no local antes do corte ou antes dos pontos? **0.** Não **1.** Sim, antes do corte **2.** Sim, antes dos pontos **9.** Não soube informar	|___|
180. Foi aplicada anestesia nas costas em algum momento do trabalho de parto ou parto? **0.** Não **1.**Sim, no trabalho de parto **2.** Sim, no parto **9.** Não soube informar	|___|

181. Na hora do parto qual a posição do(a) **(nome do bebê)** na sua barriga? **1.** De cabeça para baixo **2.**Sentado **3.**Outra posição **(se gemelar, marcar a posição de todos os bebês)**	1º |___| 182. 2º |___| 183. 3º |___| 184. 4º |___|

Só para quem teve cesárea

185. Em que momento foi decidido que seu parto seria cesariana? **(ler as opções)**

1. No pré-natal **2.** Durante internação como gestante **3.** Na admissão

4. No pré-parto **5.** Já na sala de parto

186. Qual foi a razão da cesariana? **(não ler as opções)**

01. Queria fazer cesárea

02. Queria ligar as trompas

03. O bebê tinha circular de cordão (enrolado no cordão)

04. Já tinha uma cesárea anterior

05. Você já tinha duas ou mais cesáreas anteriores

06. O bebê estava sentado

07. O bebê estava atravessado

08. O bebê era grande/ não tinha passagem/não teve dilatação/bebê não desceu/não

encaixou

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 (mecônio) 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?
_____

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. Precisou 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?	

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?	226. |___|___| dias
(Preencher com 77 nos casos em que o bebê ainda está na UI/UTI)	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? |___|___| horas ___|___| 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?	
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?	
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 (mecônio) 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 UI/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?	
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?	
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 (1^0 grau) **(vá para 326)** **2.** Ensino Médio (2º grau) **(vá para 327)** **3.** Ensino Superior (3^0 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 conclui na escola?	|___|
328. Último ano do ensino superior que o(a) chefe da família conclui?	|___|

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?	|___|
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	|___|
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? *(um maço contém aproximadamente 20 cigarros)*	|___|___|
354. Durante a gravidez, você bebeu chopp, cerveja ou alguma outra bebida alcoólica? **0.** Não *(confirme: "nem de vez em quando?")* **1.** Sim ***Se entrevistada for <u>completamente abstêmia</u>, pular para o bloco XX***	|___|
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”? ***(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)***	|___|___|

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? **(ler as opções)**	
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?_____	

XXI – 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)**	|___|

380. Qual o valor da mensalidade do seu plano de saúde? **(considerar o plano principal caso gestante tenha mais de um)** **01.** Até 30 reais **02.** Mais de 30 reais até 50 reais **03.** Mais de 50 reais até 100 reais **04.** Mais de 100 reais até 200 reais **05.** Mais de 200 reais até 300 reais **06.** Mais de 300 reais até 500 reais **07.** Mais de 500 reais **99.** Não soube informar	|___|___|
381. Além da mensalidade, este plano de saúde cobra algum valor pelos atendimentos a que tem direito? **0.** Não **1.** Sim **9.** Não soube informar	|___|
382. Este plano de saúde dá direito à consulta médica? **0.** Não **1.** Sim **9.** Não soube informar	|___|
383. Este plano de saúde dá direito a internações hospitalares? **0.** Não **1.** Sim **9.** Não soube informar	|___|
384. Este plano de saúde dá direito a assistência ao parto? **0.** Não **1.** Sim **9.** Não soube informar	|___|

385. Este plano de saúde dá direito a exames complementares? **0.** Não **1.** Sim **9.** Não soube informar	|___|
386. A assistência à sua atual gravidez/parto foi coberta pelo plano de saúde? **(ler as opções)** **1.** Sim totalmente **2.** Sim, para as consultas de pré-natal **3.** Sim, para o parto **4.** Sim, para os exames **5.** Não **(responda a 387)**	|___| |___|
9. Não soube informar	
387. Por quê? _____	

XXII. INFORMAÇÕES BIOMÉTRICAS

"Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu peso e altura"

388. Qual era o seu peso antes de ficar grávida? **(anotar em Kg)**	|___|___|___|,|___| Kg
389. Qual foi seu peso na última consulta de pré-natal? **(anotar em Kg)**	|___|___|___|,|___| Kg
390. Em que data foi pesada pela última vez no pré-natal?	|___| ___|/|___|___|/|___|___|
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	|___|

Agradeça a participação na entrevista e lembre que entraremos em contato por telefone para fazer perguntas sobre ela e seu bebê.

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	|___|

APÊNDICE C

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO

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 e estado)	
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: |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|	

3. 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. Oligodramnia	**0.** Não **1.** Sim	|___|
40. Polidramnia	**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. Amniorexe 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	|___|

4. 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 (Córmica/transversa) **9.** Sem informação	|___|
66. Segundo bebê **1.** Cefálica **2.** Pélvica **3.** Outra (Córmica/transversa) **9.** Sem informação	|___|

67. Terceiro bebê **1.** Cefálica **2.** Pélvica **3.** Outra (Córmica/transversa) **9.** Sem informação	|___|
68. Quarto bebê **1.** Cefálica **2.** Pélvica **3.** Outra (Córmica/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 ^{0}C	|___||___|,|___| ^{0}C
76. Sangramento vaginal após internação e antes do parto: **0.** Não **1.** Sim, pequeno **2.** Sim, moderado **3.** Sim, intenso **4.** Sim, sem especificação	|___|
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 freqüência?	|___||___||___|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 (CIUR)	|___|
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 (córmica/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 clinica **(vá para 90)**	

89. Outro diagnóstico. Qual? _____

90. Intercorrência clinica. 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. Medicações/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/obstetriz **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/mim	|___||___|
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(combinado) **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 cesárea, 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/obstetriz **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.** Locorregional/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/CIUR
07. Infecção pelo HIV
08. Apresentação pélvica (sentado)
09. Apresentação córmica (atravessado)
10. Laqueadura tubária
11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia
12. Eclâmpsia
13. Síndrome HELLP
14. Diabetes
15. Oligodramnia
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 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/CIUR **07.** Infecção pelo HIV **08.** Apresentação pélvica (sentado)	|___|

09. Apresentação córmica (atravessado) **10.** Laqueadura tubária **11.** Hipertensão arterial/Pré-eclampsia **12.** Eclampsia **13.** Síndrome HELLP **14.** Diabetes **15.** Oligodramnia **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 córmica (atravessado) **10.** Laqueadura tubária **11.** Hipertensão arterial/Pré-eclampsia **12.** Eclampsia **13.** Síndrome HELLP **14.** Diabetes **15.** Oligodramnia **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 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 córmica (atravessado) **10.** Laqueadura tubária **11.** Hipertensão arterial/Pré-eclampsia **12.** Eclampsia **13.** Síndrome HELLP **14.** Diabetes **15.** Oligodramnia **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 154)**	
154. Outra. Qual?_____	
155. Tipo de anestesia: **1.** Peridural **2.** Raqui **3.** Peri+Raqui **(combinado)** **4.** Geral	|___|
8. 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	|___|

Atenção entrevistador! No caso de gemelar, preencher uma ficha para cada recém-nascido.

No caso de natimorto responder só as questões 186, 187, 259, 261, 263 e 265.

9. Dados do recém-nato – 1ª parte

184. Nº do prontuário do recém-nato: (completar com 8 caso não tenha sido internado)

|___|___|___|___|___|___|___|___|___|__|___|___|

185. Número da Declaração de Nascido Vivo: (completar com 9 caso não tenha a DN no prontuário) |___|___|___|___|___|___|___|___|___|	
186. Sexo: **1.** Masculino **2.** Feminino **3.** Indefinido	|___|
187. Peso ao nascer (em gramas):	|___|___|___|___|g
188. Idade gestacional pela DUM:	**189.** |___|___|semanas **190.** |___| dias
191. Idade gestacional pela USG:	**192.** |___|___|semanas **193.** |___| dias
194. Idade gestacional pelo Capurro:	**195.** |___|___|semanas **196.** |___| dias
197. Idade gestacional pelo New Ballard:	**198.** |___|___|semanas **199.** |___| dias
200. Se parto cesariano, informar as indicações constante na folha ou prontuário do RN:	
201. 1ª informação: **01.** Cesariana anterior/Iteratividade **02.** Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) **03.** Parada de Progressão **04.** Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP) **05.** Placenta prévia **06.** Sofrimento fetal / CIUR **07.** Infecção pelo HIV **08.** Apresentação pélvica **09.** Apresentação córmica **10.** Laqueadura tubária **11.** Hipertensão arterial/Pré-eclâmpsia **12.** Eclâmpsia	|___|

13. Síndrome HELLP **14.** Diabetes **15.** Oligodramnia **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.** Intercorrência clínicas **25.** Outra **(responda a 202)**	
202. Qual? _____	

203. 2ª informação: **01.** Cesariana anterior/Iteratividade **02.** Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) **03.** Parada de Progressão **04.** Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP) **05.** Placenta prévia **06.** Sofrimento fetal / CIUR **07.** Infecção pelo HIV **08.** Apresentação pélvica **09.** Apresentação córmica **10.** Laqueadura tubária **11.** Hipertensão arterial/Pré-eclampsia **12.** Eclampsia **13.** Síndrome HELLP **14.** Diabetes **15.** Oligodramnia **16.** Gemelaridade **17.** Prematuridade **18.** Pós-maturidade/Gravidez prolongada **19.** Macrossomia **20.** Falha de indução **21.** Malformação **22.** Óbito fetal	|___|

23. Amniorrexe prematura **24.** Intercorrências clínicas **25.** Outra **(responda a 204)**	
204. Qual? _____	

205. 3ª informação: **01.** Cesariana anterior/Iteratividade **02.** Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) **03.** Parada de Progressão **04.** Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP) **05.** Placenta prévia **06.** Sofrimento fetal / CIUR **07.** Infecção pelo HIV **08.** Apresentação pélvica **09.** Apresentação córmica **10.** Laqueadura tubária **11.** Hipertensão arterial/Pré-eclampsia **12.** Eclampsia **13.** Síndrome HELLP **14.** Diabetes **15.** Oligodramnia **16.** Gemelaridade **17.** Prematuridade **18.** Pós-maturidade/Gravidez prolongada **19.** Macrossomia **20.** Falha de indução **21.** Malformação **22.** Óbito fetal **23.** Amniorrexe prematura **24.** Intercorrências clínicas **25.** Outra **(responda a 206)**	|___|
206. Qual? _____	
207. 4ª informação: **01.** Cesariana anterior/Iteratividade **02.** Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) **03.** Parada de Progressão **04.** Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP) **05.** Placenta prévia	

06. Sofrimento fetal / CIUR **07.** Infecção pelo HIV **08.** Apresentação pélvica **09.** Apresentação córmica **10.** Laqueadura tubária **11.** Hipertensão arterial/Pré-eclampsia **12.** Eclampsia **13.** Síndrome HELLP **14.** Diabetes **15.** Oligodramnia **16.** Gemelaridade **17.** Prematuridade **18.** Pós-maturidade/Gravidez prolongada **19.** Macrossomia **20.** Falha de indução **21.** Malformação **22.** Óbito fetal **23.** Aminiorrexe prematura **24.** Intercorrências clínicas **25.** Outra **(responda a 208)**	|___|
208. Qual? _____	
209. Apgar no 1º. Minuto	|___|___|
210. Apgar no 5º. Minuto	|___|___|

10. Dados do recém-nato – 2ª parte

211. Manobras de reanimação na sala de parto		
212. O2 inalatório **0.** Não **1.** Sim		|___|
213. Ventilação com ambú + máscara	**0.** Não **1.** Sim	|___|
214. Entubação oro-traqueal	**0.** Não **1.** Sim	|___|
215. Massagem cardíaca	**0.** Não **1.** Sim	|___|
216. Drogas	**0.** Não **1.** Sim	|___|

217. Outros **0.** Não **1.** Sim	|___|
218. Qual?_____	

219. Outros procedimentos realizados na primeira hora após o nascimento:		
220. Aspiração de vias aéreas superiores	**0.** Não **1.** Sim	|___|
221. Aspiração gástrica	**0.** Não **1.** Sim	|___|
222. Vitamina K (Kanakion)	**0.** Não **1.** Sim	|___|
223. Credé (colírio de nitrato de prata)	**0.** Não **1.** Sim	|___|
224. Vacina contra hepatite B	**0.** Não **1.** Sim	|___|
225. Foi para incubadora	**0.** Não **1.** Sim	|___|
226. O bebê foi internado?	**0.** Não **(vá para 256)** **1.** Sim	|___|
227. Utilização de oxigênio após o nascimento:		
228. Hood ou circulante	**0.** Não **1.** Sim	|___|
229. CPAP	**0.** Não **1.** Sim	|___|
230. Ventilação mecânica	**0.** Não **1.** Sim	|___|
231. Com 28 dias de vida estava em oxigenioterapia (qualquer tipo): **0.** Não **1.** Sim **8.** Não estava mais internado		|___|
232. Se bebê nasceu prematuro, com 36 semanas de idade gestacional corrigida ainda estava em oxigenioterapia (de qualquer tipo). **1.** RN nasceu a termo **2.** Não **3.** Ainda não atingiu 36 semanas **4.** Sim **5.** Não estava mais internado		|___|
233. Indicação de internação em UTI neonatal:	**0.** Não **1.** Sim	|___|

234. Internação em UTI neonatal: **0.** Não **1.** Sim	|___|
235. Utilização de surfactante: **0.** Não **1.** Sim	|___|
236. Hipoglicemia (glicemia menor do que 40) nas primeiras 48h de nascido: **0.** Não **1.** Sim	|___|
237. Uso de antibiótico **1.** Não usou	|___|

2. Inicio até 48h de vida (Sepse precoce) **3.** Início após 48h de vida (Sepse tardia)	
238. Fototerapia nas primeiras 72h de vida: **0.** Não **1.** Sim	|___|
239. Nível máximo de bilirrubina nas primeiras 72h de vida:	|___||___|,|___| mg/dl 2 dígitos e 1 casa decimal
240. Apresentou malformação congênita? **0.** Não **1.** Sim	|___|
241. Outros diagnósticos durante a internação:	
242. Taquipnéia transitória **0.** Não **1.** Sim	|___|
243. Doença da membrana hialina **0.** Não **1.** Sim	|___|
244. Síndrome de aspiração meconial **0.** Não **1.** Sim	|___|
245. Hipertensão pulmonar **0.** Não **1.** Sim	|___|
246. Convulsão **0.** Não **1.** Sim	|___|
247. Enterocolite necrotizante **0.** Não **1.** Sim	|___|
248. Toxoplasmose **0.** Não **1.** Sim	|___|
249. Rubéola congênita **0.** Não **1.** Sim	|___|
250. Herpes **0.** Não **1.** Sim	|___|
251. Citomegalovírus **0.** Não **1.** Sim	|___|
252. Sífilis congênita **0.** Não **1.** Sim	|___|
253. Criança exposta ao HIV **0.** Não **1.** Sim	|___|
254. Outros **0.** Não **1.** Sim	|___|
255. Qual ? _____	
256. Uso de aleitamento materno exclusivo: **0.** Não **1.** Sim **(vá para 258)**	|___|

257. Outros alimentos que recebeu durante a internação: **1.** Água **2.** Soro glicosado/ Glicose via oral (chuca com açúcar) **3.** Leite humano ordenhado **4.** Leite artificial **5.** Nutrição Parenteral (NPT)	 |___| |___| |___| |___| |___|
258. Tipo de saída do hospital onde ocorreu o nascimento: **0.** Continua internado aos 28 dias de vida **(vá para 264)** **1.** Alta **2.** Óbito **3.** Transferência para outro hospital (vá para questão 260)	 |___|
259. Data da saída: **(Se óbito, vá para 261; se alta, vá para 264)**	|___|___|/|___|___|/|___|___|
260. Hospital para onde foi transferido (nome, cidade, estado): _____	
260.1 Motivo da transferência: _____	
260.2 Data da transferência:	|___|___|/|___|___|/|___|___|
260.3 Tipo de saída do hospital para onde foi transferido: **0.** Continua internado aos 28 dias de vida **(vá para 262)** **1.** Alta **2.** Óbito	
260.4 Data da saída do hospital para onde foi transferido: (se alta vá para a questão 264)	|___|___|/|___|___|/|___|___|
261. Causas de óbito registradas no prontuário: **1.** Prematuridade extrema (< 1000g) **2.** Infecção **3.** Sífilis congênita **4.** Malformação congênita **5.** Problemas respiratórios (DMH, pneumotórax, aspiração de mecônio, pneumonia, hipertensão pulmonar **6.** Outros **(responda a 262)**	 |___| |___| |___| |___| |___| |___|
262. Qual _____	

263. Número da declaração de óbito |___|___|___|___|___|___|___|___|	
264. Peso do bebê na alta hospitalar, óbito ou aos 28 dias de nascido, se ainda internado. (em gramas)	|___||___||___||___|g

265. Observações: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____