



Universidade Federal de Sergipe

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

LÉO FARO DE BARROS

Complicações maternas segundo tipo de parto em Maternidades de Sergipe,
Brasil.

Aracaju
2017

LÉO FARO DE BARROS

Complicações maternas segundo tipo de parto em Maternidades de Sergipe,
Brasil.

Trabalho de conclusão apresentado ao curso
de Medicina da Universidade Federal de
Sergipe para obtenção do título de Bacharel
em Medicina.

Orientadora: Prof^ª. Ma. Daniela S. Prado

Co- Orientador: Prof Dr Ricardo Queiroz
Gurgel

Aracaju
2017

LÉO FARO DE BARROS

Complicações maternas segundo tipo de parto em Maternidades de Sergipe,
Brasil.

Trabalho de conclusão apresentado ao curso
de Medicina da Universidade Federal de
Sergipe para obtenção do título de Bacharel
em Medicina.

Orientadora: Prof^a. Ma. Daniela S. Prado

Aluno: Léo Faro de Barros

Aracaju
2017

SUMÁRIO

1	Introdução.....	5
2	Revisão Bibliográfica.....	6
2.1	Histórico.....	6
2.2	Epidemiologia.....	7
2.3	Indicações da cesárea.....	9
2.4	Complicações da cesárea.....	10
3	Referências (Revisão de Literatura).....	14
4	Normas para publicação do Artigo.....	20
5	Artigo.....	32
6	Anexos.....	45

1 INTRODUÇÃO

O parto é a expulsão do feto por via vaginal e é o mecanismo fisiológico de nascimento(REZENDE ; MONTENEGRO, 2014). Nas últimas décadas,a assistência ao parto vem se modificando e uma tendência por partos cirúrgicos vem sendo verificada. Décadas atrás o parto era domiciliar, com pouca assistência, feito por parteiras ou obstetrias. Com a evolução da medicina e a inclusão da população no sistema único de saúde a assistência ao parto foi mudando e se tornando cada vez mais hospitalar(BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE., 2012).

No mundo, vem sendo observado um incremento nas taxas de cesárea. Em Istambul, entre 2002 e 2013, houve um aumento de 23% para 55,2%(UZUNCAKMAK; OZCAM, 2016), na Coreia entre 1982 e 2012 houve uma elevação de 4,4% para 37,5 %(CHUNG et al., 2014), na Noruega era de 1,8 % em 1967 e subiu para 16,4 em 2006(TOLLANES, 2009), em Boston em 1937 era 3% e em 2005 era 30%(ECKER, JEFFREY L; FREDRIC DF, 2010), na Alemanha aumentou de 15,3% em 1991 para 31,7% em 2012(MYLONAS; FRIESE, 2015). No Brasil também foi verificado aumento na taxa de cesárea de 39% em 2001 para 55,5 em 2016 chegando a 84,6% no setor suplementar de saúde(BRASIL, 2016).

A elevação da taxa da cesárea pode trazer consequências negativas para saúde materna. Em estudo realizado por Chew S et al. (1998) entre 1986 e 1996, verificou-se que a histerectomia foi realizada em 0,17% das cesarianas e em 0,02% após parto normal(CHEW; BISWAS, 1998). Em outro estudo realizado nos Estados Unidos com 1573 mulheres que foram consultadas sobre dor nos primeiros 2 meses pós-parto verificou-se que 48% das mulheres que deram à luz por parto normal relataram dor perineal e 79% das que deram à luz por cesariana relataram dor incisional (DECLERCQ et al., 2008). Carroli et al.(2008) , em revisão sistemática sobre a prevalência da hemorragia puerperal, realizada no período de 1997 a 2006, mostrou uma frequência, segundo o tipo de parto, respectivamente, de 2,94% (IC95%: 2,82-3,07) pós parto vaginal e de 6,38% (IC 95%: 5,45-7,31) após cesariana(CARROLI et al., 2008).

No estudo Term Breech Trial,publicado em 2000, os resultados concluíram que as complicações maternas foram semelhantes após parto normal e cesárea com uma frequência de 3% de complicações maternas. Nesse estudo também foi avaliada a hemorragia pós-parto e verificou-se que os dois tipos de parto apresentaram 1% de complicações (HANNAH et al., 2000).

Tendo isso em vista, interessou-nos avaliar a frequência de complicações maternas (febre, dor e hemorragia) segundo tipo de parto, de acordo como risco obstétrico (baixo, alto) e com o tipo de serviço em que o parto foi realizado (público, privado).

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Histórico

Desde a Antiguidade até os dias de hoje, a cesárea tem se mostrado um tema de suma importância na prática da obstetrícia. A cesárea é definida como nascimento do feto através de uma incisão na parede abdominal e do útero materno (ZUGAIB, 2016). É possivelmente uma das cirurgias mais antigas do mundo e a mais realizada em mulheres. Essa prática, ao longo da história, passou por inúmeras modificações tendo suas técnicas aperfeiçoadas devido à tecnologia e à modernização da cultura dos povos (UZOIGWE; JEREMIAH, 2006; HILLAN, 1991; MATHAI; HOGMEYR, 2007 apud ZUGAIB, 2012; ZUGAIB, 2012).

O procedimento da cesárea é descrito na antiguidade como uma cirurgia *post-mortem*, onde o feto era retirado da barriga da mãe já morta ou prestes a falecer. Essa prática encontra-se descrita na mitologia greco-romana, em escritos egípcios. Pode-se observar na lei “*Neget lex regia mulierem, quae praegnans mortua sit, humari, antequam partus ei excidatur; qui contra fecerit, spem animantis cum gravida videtur*” a proibição do sepultamento de uma mulher grávida antes da criança ser extraída do útero da mãe e caso essa lei fosse violada, seria considerado culpado por destruir a expectativa de vida de uma criança. Essa lei de Numa Pompilius, rei romano, foi a primeira referência jurídica sobre a cesárea e é chamada de “*Lex Regia* “. Após a Roma antiga se transformar em Império Romano esta lei passou a se chamar “*Lex Cesarea* “ (LURIE, 2005).

Na idade Média, a Igreja Católica exigiu a cesárea das mulheres grávidas que morriam com intuito de salvar as almas das crianças com o batismo. Não havia relato de cesárea em mulheres vivas e por isso a cesárea é considerado um evento cultural e não médico durante a idade Média (LURIE, 2005; TODMAN, 2007).

Em 1500, o suíço Jacob Nufer, realizou em sua esposa a primeira cesárea em que a paciente ficou viva. Contudo, os historiadores não aceitam esse caso como a primeira cesárea pois ela não foi descrita antes de 1581, quando Francois Rousset publicou: “*The extraction of the child through a lateral incision of the abdomen and the uterus of a pregnant woman who cannot otherwise give birth. And that without endangering the life of the one or the other and without preventing subsequent fertility*”. Com esta publicação, a cesárea tornou-se um procedimento

médico e ele descreve pela primeira vez as indicações da cesárea: feto grande, feto malformado, feto morto, gêmeos, má apresentação, extremos de idade, estreitamento do canal ou não elasticidade da bacia (LURIE, 2005;TODMAN, 2007).

Apesar de descrição tão antiga, a cesárea não era muito praticada por médicos uma vez que a taxa de mortalidade da mulher pós-parto se aproximava a 100% devido a uma má condição da técnica cirúrgica realizada à época. Já no século XIX, a taxa de mortalidade da mulher pós-parto cesáreo chegava a 75 %, cálculo feito por Robert Harris, as principais causas seriam peritonite, septicemia, hemorragia e eclampsia (LURIE, 2005).

Um momento marcante na história da cesárea foi a introdução do conceito de fechamento uterino no final do século XIX.Em 1882, Max Sanger determinou que a sutura do útero era essencial, postura apoiada também por Kehrer. Antes destes, a única solução utilizada para evitar o risco de morte por hemorragia e infecção era realizar histerectomia subtotal após o parto proposta por Eduardo Porro em 1876. Entretanto, somente a partir do século XX que a cesárea começou a ter uma queda na mortalidade e morbidade materno-fetal e as taxas começaram a aumentar (LURIE, 2005).

No início do século XX, Monro Kerr propôs uma nova técnica na cirurgia da cesárea com o incremento da assepsia, anestesia, sutura e da não interferência precoce no trabalho de parto, mudando radicalmente a taxa de mortalidade materna que chegava a 65 a 75% e que no final desse mesmo século ficou entre 5 a 10%. Atualmente estima-se em 0,05% (TODMAN, 2007).

2.2 Epidemiologia

A incidência da cesárea apresenta diferentes taxas ao redor do mundo, com um incremento em sua taxa ao longo do tempo. Em estudo realizado em Istambul, foram estudados 960.921 partos cesáreos entre 2002 e 2013 que demonstrou um aumento de 23,0% em 2002 para 55,2% em 2013 na taxa de cesárea. Nesse trabalho os autores relatam como prováveis causas de aumento da taxa de cesáreas a construção de novos hospitais privados e acesso da população a eles desde 2003 quando o estado começou a financiar esses serviços, refere também como causa a medicina defensiva praticada pelos médicos com receio de processos judiciais(UZUNCAKMAK; OZCAM, 2016).

Em estudo realizado na Coreia entre 1982 e 2012 foi demonstrado uma elevação de 4,4% para 37,5 %. Neste estudo foi observado que esta elevação se deve à redução dos riscos cirúrgicos, aumento da população de mulheres grávidas de gêmeos, aumento da obesidade,

envelhecimento das mulheres grávidas. A idade média das gestantes coreana era de 31,6 anos mais elevada que a das americanas e inglesas(CHUNG et al., 2014).

Em estudo realizado na Noruega, foi verificado que a taxa de cesárea era de 1,8 % em 1967 e subiu para 16,4 em 2006. Essa elevação se deve ao aumento da idade média da primigesta de 23,1 anos em 1967 para 28,1 anos em 2006, o aumento da obesidade, da popularização da fertilização in vitro e o crescimento da incidência de gravidez gemelar. Contesta que a cesárea por pedido materno seja um fator importante pelas crescentes taxas ao redor do mundo, relata ainda que no serviço privado, a conveniência para o obstetra faz as taxas subirem e que o serviço de parteira na maternidade de baixo risco diminuiria as taxas de cesáreas desnecessárias (TOLLANES, 2009).

Em 1937 um estudo realizado em Boston durante 10 anos revelou que a taxa de cesárea àquela época era de 3%, em 2005 em novo estudo verificou-se que a taxa tinha subido para 30%.A elevação da taxa segundo os autores se deve principalmente ao aumento do uso da anestesia, da fertilização in vitro, da obesidade, do aumento na idade materna (houve um aumento de 3,8 anos desde 1970 na idade média no primeiro parto e desde 1990, nascimentos de mulheres de 35 a 39 anos e 40 a 44 anos de idade aumentaram em 43% e 62%, respectivamente), do aumento do número de neonatos prematuros e de baixo peso em parte em função do aumento das gestações gemelares(ECKER, JEFFREY L; FREDRIC DF, 2010).

Em estudo realizado na Alemanha, verificou-se que a taxa de cesárea aumentou de 15,3% em 1991 para 31,7% em 2012. Essa elevação nas taxas segundo autor é devido principalmente ao perfil de risco materno, aumento da idade materna, obesidade e diabetes mellitus, tratamento de fertilidade, cesárea anterior, medicina defensiva, pedido materno, tocofobia e estados de ansiedade que ele explica como um medo materno de parto vaginal (MYLONAS; FRIESE, 2015).

O Brasil apresenta uma das maiores taxas de cesáreas do mundo. Segundo o Datasus, em série histórica de 1994 até 2006, verifica-se que, mais de 95,0% dos partos são atendidos em hospitais, sendo observada uma elevação dos índices pois, enquanto em 1970 a taxa era de 14,6%, no ano de 2006 registrou uma taxa de 45,0%. Com base ainda no Datasus verifica-se elevação proporcional das taxas de cesárea à medida que aumentam os anos de escolaridade materna. A partir dos dados disponíveis no Sistema de Informações dos Nascidos Vivos relativos à assistência ao parto no município de São Paulo no Sistema Único de Saúde (SUS), onde cerca de 80% dos partos são atendidos, ocorrem taxas médias de cesáreas de 28,6%,

enquanto que, no setor de saúde privado, estes índices ultrapassam 80%. Essa elevação nos últimos anos no Brasil tem principalmente três justificativas segundo autor: primeiro lugar, muitos obstetras acreditam realmente que a cesárea é mais segura para o bebê e mais confortável para a mãe. Em segundo lugar, os obstetras podem não ter treinamento satisfatório para a assistência ao parto e assumem que a cesárea pode eliminar situações difíceis de contornar. Em terceiro lugar, as cesáreas agendadas seriam mais convenientes e poupariam tempo(SASS; WHANG, 2009).

Em estudo realizado em Sergipe, na grande Aracaju, incluindo os hospitais públicos e privados, após a exclusão pelos critérios da pesquisa, foi coletado dado de 4746 puérperas onde se verificou que 85,2% das pacientes eram oriundas do SUS, 14,6% eram de hospitais particulares e 0,2% teve a coleta prejudicada. A taxa da cesárea total de todas as pacientes foi de 31,6%(GURGEL et al., 2009). Em 2013 em outro estudo, onde foram coletados dados em somente duas maternidades em Aracaju, uma estadual e outra filantrópica, com 395 puérperas, pode-se observar uma taxa de cesárea de 40,5%(INAGAKI ; CARDOSO, 2014).

2.3 Indicações da cesárea

Apesar de as taxas da cesárea aumentarem em todo mundo, a cesárea possui indicações que variam pouco a depender do protocolo a ser utilizado no serviço. Em artigo publicado na Alemanha, o autor divide as indicações da cesárea em absoluta e relativas seguindo a classificação da Associação Médica científica da Alemanha. As absolutas são: desproporção cefalopélvica, deformidade pélvica materna, eclampsia e síndrome HELLP, prolapso do cordão umbilical, asfixia fetal, placenta prévia, apresentação anormal, ruptura uterina. As relativas são: cardiocografia patológica, parto prolongado com parada na descida do feto, cesariana anterior(MYLONAS; FRIESE, 2015).

Em outro estudo publicado no Brasil, o autor descreve como indicações da cesárea: herpes ativas no momento do trabalho de parto, verrugas ou outros tumores que impedem a progressão da apresentação fetal, distorcia que pode ser de ombro, por desproporção cefalopélvica, macrossomia fetal ou apresentação pélvica, gravidez gemelar (tendo em conta a idade gestacional e apresentação), infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (dependendo da carga viral e condições relacionadas com o trabalho), acretismo placentário, placenta prévia, prolapso do cordão umbilical, sofrimento fetal e descolamento prematuro de placenta. O autor ainda relata que cesárea anterior não é indicação absoluta de cesárea, apesar de ter um pequeno aumento do risco de ruptura uterina durante o trabalho de parto nessas pacientes, devem ser

considerados outros fatores, como, o número de cesáreas anteriores e o intervalo entre a última cesariana e o trabalho de parto atual(CÂMARA, 2016).

2.4 Complicações da cesárea

Segundo alguns autores, tanto o parto normal como a cesárea podem ter complicações. Um grande número de mulheres está sendo submetida a cesárea ultimamente por razões não médicas. A tomada de decisão tanto para obstetras como para mulheres depende de informações precisas sobre as consequências da cesariana em comparação com o parto vaginal. A intervenção nos processos fisiológicos do nascimento no parto normal varia de acordo com o ambiente de nascimento. Em situações de alta intervenção em que o uso de oxitocina, monitoração fetal eletrônica, analgesia peridural, ruptura de membranas e partos instrumentais são comuns, a extensão na qual resultados adversos são atribuídos ao parto vaginal também podem estar associados ao manejo obstétrico atual. O uso de fórceps pode ser particularmente relevante para o debate sobre os possíveis benefícios maternos da cesariana como por exemplo a proteção do assoalho pélvico para evitar a dor perineal, dispareunia, prolapso uterino, incontinência urinária e incontinência fecal (FARRELL; ALLEN; BASKETT, 2001; RORTVEIT et al., 2003; SULTAN AH, 1997). Porém, um grande estudo de coorte pós-parto, realizado na Inglaterra e na Nova Zelândia, acompanhou 7725 mulheres por 12 anos, constatou que a cesariana não era protetora para a incontinência urinária. A prevalência de incontinência urinária foi alta em torno 40% nas mulheres que tiveram parto cesáreo (MACARTHUR et al., 2011).

A avaliação do risco de mortalidade associado à cesárea eletiva sem indicação médica, é difícil devido a várias definições de eletivas e à falta de dados atualizados que diferencie as cesáreas eletivas das cesáreas intra-parto. No entanto, em estudo realizado no Reino Unido entre 1994 e 1996, foi calculada a taxa de letalidade para cesárea eletiva, e estimou-se que é quase três vezes maior que a dos partos normais. O risco-benefício associado à cesárea tem evoluído, como técnicas para cirurgia, anestesia e controle de infecção (MINKOFF; CHERVENAK, 2003). Entretanto, há evidências que sugerem um aumento dos riscos maternos associados à cesárea, incluindo riscos anestésicos, complicações cirúrgicas, hemorragia, necessidade de transfusão, embolia pulmonar, restrição das atividades diárias, dificuldades de amamentação, problemas maternos relacionados à cicatriz uterina em gestações futuras (ANDERSON, 2006).

O aumento dos riscos sugeridos para o bebê de parto por cesariana incluem, aumento na admissão de unidades de neonatologia, separação da mãe e neonato, prematuridade iatrogênica,

aumento de problemas respiratórios neonatais, aumento das necessidades educacionais especiais na vida adulta e aumento dos natimorto em futura gravidez (KAPELLOU, 2011). Uma revisão recente da literatura sugere que os nascimentos vaginais envolvem importantes alterações fisiológicas que estão ausentes ou modificadas em bebês nascidos por cesariana. Os autores sugerem que o parto vaginal é um importante evento da vida para o bebê e que as diferenças na fisiologia que surgem entre partos vaginais e cesariana têm implicações para o bebê, com a cesariana aumentando o risco de comprometimento da saúde tanto no curto quanto no longo prazo (HYDE et al., 2012).

MacDorman et al(2016) em estudo realizado nos EUA, relataram uma taxa estimada de mortalidade materna para 2014 de 23,8 por 100 mil nascidos vivos(MACDORMAN et al., 2016). Além da mortalidade materna, as taxas de morbidade materna grave nos Estados Unidos aumentaram mais do que o dobro desde 1998 (CALLAGHAN; CREANGA; KUKLINA, 2012). Em 2013, uma revisão internacional da mortalidade materna descobriu que, em média, quase 25% dos óbitos ocorreram antes do parto, outros 25% ocorreram intraparto ou imediatamente pós-parto, e quase 50% ocorreram no período pós-parto até 1 ano (VOS et al., 2015).

Creanga et al. (2015), usando dados mais recentes dos Estados Unidos, descobriram que das mortes maternas relatadas, 39% das mulheres morreram antes ou no dia do nascimento e 61% morreram no pós-parto(CREANGA et al., 2015). Os pesquisadores estimam que 40% a 50% das mortes maternas nos EUA são evitáveis (BACAK, 2006). Quando se concentram apenas na hemorragia obstétrica, estima-se que seja possível evitar 54% a 70% dessas mortes maternas (MAIN et al., 2015; TORRE et al., 2011).

A mortalidade materna, apesar de seu declínio, ainda representa um dos maiores desafios tanto para o sistema de saúde brasileiro como para o mundial. Em estudo realizado em 181 países, avaliando a mortalidade materna, no período de 1980-2008 indicaram que a estimativa de morte materna no mundo reduziu de 526.300, em 1980, para 343.900, em 2008. As principais causas de morte materna, no mundo, estão relacionadas a: hemorragia, sobretudo no pós-parto com 25%; infecção, 15%; complicações por aborto, 13%; eclampsia, 12%; desproporção cefalopélvica, 8% e 20 % por causas indiretas (HOGAN et al., 2008).

No primeiro semestre de 2002, entre os óbitos de mulheres em idade fértil, de 10-49 anos ocorridos em hospitais e nos domicílios, em 24 capitais e no Distrito Federal do Brasil, identificou-se 201 mortes maternas, sendo 54 (26,87%) durante a gravidez e 147 (73,13%) no puerpério. Dentre as mortes no puerpério, 69 ocorreram em menos de 48 horas pós-parto.Em

2006, no Brasil, uma análise por grupos de causa de morte materna encontrou como principais causas: hipertensão, hemorragia, infecções puerperais, doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, trabalho de parto, puerpério e aborto (Ministério da Saúde, 2006). A avaliação da perda de sangue resultante do parto é fundamental e, se subestimada ou superestimada, pode levar a tratamento tardio ou a intervenções desnecessárias (CHRISTOPHER, 2006).

A maioria dos casos de morbidade e mortalidade materna, resultante da hemorragia pós-parto, ocorre nas primeiras vinte quatro horas e é classificada como primária. A HPP resulta de várias causas, como: falha da contratilidade uterina, trauma genital, ruptura uterina, retenção de tecidos placentários, ou distúrbios sanguíneos maternos (LALONDE et al., 2006).

Nos Estados Unidos, a HPP é uma das principais causas de morbidade e mortalidade maternas (CREANGA et al., 2015; GROBMAN et al., 2014; WANDERER et al., 2013). As mulheres submetidas à cesariana correm maior risco de hemorragia grave em comparação com mulheres submetidas à parto vaginal (AL-ZIRQI et al., 2009; BATEMAN et al., 2010). Al Zirqi et al(2009) mostra, no estudo realizado na Noruega durante 5 anos com a população total das grávidas do país, que a cesárea intraparto aumenta ainda mais o risco de hemorragia em comparação com cesárea eletiva e parto normal (AL-ZIRQI et al., 2009).

Durante os últimos 25 anos, a mortalidade associada à sepse triplicou, tornando-se a causa mais comum de morte materna no Reino Unido, EUA e França, representando até 15% das mortes. A febre é um de seus principais sintomas. As mulheres submetidas à cesariana têm um risco 5 a 20 vezes maior de infecções graves em comparação com aquelas que fizeram um parto normal(CHEBBO et al., 2016). Uma infecção complica 14% das cesarianas realizadas intraparto, especialmente no prematuro ou no caso de corioamnionite. Os maiores fatores de risco para infecção, e conseqüentemente para febre, durante o parto incluem: trabalho de parto prolongado, ruptura prematura de membranas, mais de cinco toques vaginais, parto prematuro, parto vaginal operatório e a cesariana que é o fator de maior risco para a infecção pós-parto(BELFORT et al., 2010; BOGGESS et al., 1996).

Axelsson et al (2016), em estudo realizado na Suécia, demonstrou que infecção e febre no puerpério continua a ser uma causa comum de internação prolongada e readmissões nas maternidades, também verificou que a cesárea intraparto apresenta um maior risco de apresentar infecção e febre comparadas à cesárea eletiva e ao parto normal (AXELSSON; BRYNHILDSEN; BLOMBERG, 2017). Endometrite, infecção da ferida, infecção do trato

urinário e mastite são as quatro infecções pós-parto mais frequentes (MAHARAJ, 2007). Juntos, essas infecções complicam o período pós-parto em até 20% de todas as mulheres (AHNFELDT-MOLLERUP et al., 2012). A maioria das infecções pós-parto ocorre após a alta hospitalar (KARSNITZ, 2013; SANDS; VINEYARD; PLATT, 1996; YOKOE et al., 2001). Em um período entre 5-10 dias (LETH et al., 2009).

Em um estudo italiano realizado entre 1996 e 2010, observou-se que a incidência de histerectomia periparto vem crescendo. Em 1996 a incidência era de 0,57 / 1000 partos contra uma incidência de 0,88 / 1000 partos em 2010. Os autores atribuíram tal aumento principalmente pela frequência crescente da cesárea e idade materna mais avançada (PARAZZINI et al., 2013).

A histerectomia é vista atualmente como uma medida usada quando nenhum outro procedimento pode cessar a hemorragia. Uma revisão sistemática da histerectomia mostra que a incidência varia de acordo com o contexto obstétrico de 0,2 por 1000 partos na Noruega para 5 por 1000 na Turquia. E os fatores de risco incluem parto cesáreo passado ou atual, multiparidade e implantação da placenta anormal (ROSSI; LEE; CHMAIT, 2010). Um estudo na Irlanda mostrou que a taxa de histerectomia para parto vaginal foi de 0,08 por 1000 partos em comparação com 1,6 por 1000 partos por cesariana (ROOPNARINESINGN, 2003). Esse aumento acentuado do risco de histerectomia após cesariana em comparação com o parto vaginal é uma característica consistente em outros estudos (CHEW; BISWAS, 1998; FORNA; MILES; JAMIESON, 2004; KOREJO et al., 2012; SHEINER et al., 2003). Essa diferença, no entanto, é mais frequentemente explicada pela condição que exigiu a realização da cesariana, em vez do procedimento cirúrgico propriamente dito (KACMAR et al., 2014).

Muitas mulheres relatam dor nos primeiros dias e semanas após o parto. Em estudo realizado nos EUA com 1573 mulheres sobre dor nos 2 primeiros meses pós-parto, descobriu-se que 48% das mulheres que deram à luz por parto normal, relataram dor perineal e 79% das que deram à luz por parto cesáreo relataram dor incisional (DECLERCQ et al., 2008). A dor perineal é experimentada em algumas mulheres, mesmo se elas têm um períneo intacto, sendo a gravidade geralmente relacionada ao grau de traumatismo tecidual. A liberação de mediadores inflamatórios pode ocorrer mesmo com o micro traumatismo do alongamento dos tecidos. Um estudo de 447 mulheres que deram à luz em um hospital no Canadá verificou que 75% das mulheres com períneo intacto relataram dor perineal no primeiro dia do pós-parto, com 38% ainda relatando dor no sétimo dia. Nas 6 semanas pós-parto, nenhuma das mulheres com

períneo intacto relataram dor perineal persistente. A dor perineal foi relatada com maior frequência e classificada como mais grave com o aumento do traumatismo tecidual. Todas as mulheres (100%) com lacerações relataram dor perineal no primeiro dia e 91% desse grupo ainda apresentavam dor no sétimo dia. Em 6 semanas pós-parto, 20% das mulheres nesse grupo ainda apresentavam dor. Para traumatismos teciduais menores, o número médio de semanas desde o parto até a resolução da dor perineal variou de 1,9 a 2,6 semanas (MACARTHUR; MACARTHUR, 2004).

Os estudos mostram que o manejo adequado da dor pós-operatória na mulher que deu à luz por cesárea, leva a uma deambulação mais precoce, melhoram os resultados das pacientes, diminui a morbidade materna e permite um melhor cuidado materno do recém-nascido. As mulheres frequentemente experimentam dor pós-parto, independentemente do tipo de parto (normal ou cesariana), embora a dor após a cesárea seja tipicamente mais grave. O relatório do Instituto de Medicina de 2011, sobre a dor, mostrou que 60% das mulheres relataram ter dor intensa com seu primeiro parto. Verificou-se ainda que os indivíduos que experimentam dor aguda mal administrada, correm risco maior de desenvolver dor crônica intratável. Portanto, a atenção na dor puerperal da mulher, seja ela causada pela cesárea (nos pontos), perineal, na episiotomia, e o tratamento efetivo para a dor no puerpério são extremamente importantes e podem ter um impacto positivo no alívio do sofrimento imediato ou prevenção das dores crônicas (KAINU et al., 2010).

Tendo isso em vista a importância do tema e a falta de consenso na literatura, interessou-nos avaliar a frequência de complicações maternas (febre, dor e hemorragia) segundo tipo de parto, de acordo com o risco obstétrico (baixo, alto) e com o tipo de serviço em que o parto foi realizado (público, privado).

3 REFERÊNCIAS (REVISÃO DE LITERATURA)

AHNFELDT-MOLLERUP, P. et al. Postpartum infections: Occurrence, healthcare contacts and association with breastfeeding. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, v. 91, n. 12, p. 1440–1444, 2012.

AL-ZIRQI, I. et al. Effects of onset of labor and mode of delivery on severe postpartum hemorrhage. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 201, n. 3, p. 273.e1-273.e9, 2009.

ALLEN, V. M.; O'CONNELL, C. M.; BASKETT, T. F. Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared with induction of labor at term. *Obstetrics and*

Gynecology, v. 108, n. 2, p. 286–294, 2006.

ANDERSON, T. Caesarean section for non-medical reasons at term. **The practising midwife**, v. 9, n. 8, p. 34–35, 2006.

AXELSSON, D.; BRYNHILDSEN, J.; BLOMBERG, M. Postpartum infection in relation to maternal characteristics, obstetric interventions and complications. **Journal of Perinatal Medicine**, v. 0, n. 0, p. 1–2, 2017a.

AXELSSON, D.; BRYNHILDSEN, J.; BLOMBERG, M. Postpartum infection in relation to maternal characteristics, obstetric interventions and complications. **Journal of Perinatal Medicine**, v. 0, n. 0, 2017b.

BACAK, S. 2006 Maternal Mortality Review Nine State Experiences. 2006.

BATEMAN, B. T. et al. The epidemiology of postpartum hemorrhage in a large, nationwide sample of deliveries. **Anesthesia and Analgesia**, v. 110, n. 5, p. 1368–1373, 2010.

BELFORT, M. A. et al. Hospital readmission after delivery: evidence for an increased incidence of nonurogenital infection in the immediate postpartum period. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 202, n. 1, p. 7–8, 2010.

BOGGESS, K. A. et al. Bacteremia shortly after placental separation during cesarean delivery. **Obstet Gynecol**, v. 87, n. 5 Pt 1, p. 779–784, 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE. **Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. [s.l: s.n.].

BRASIL, A. N. DE S. S. **Atualização das taxas de partos na saúde suplementar - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/3324-atualizacao-das-taxas-de-partos-na-saude-suplementar>>.

CALLAGHAN, W. M.; CREANGA, A. A.; KUKLINA, E. V. Severe Maternal Morbidity Among Delivery and Postpartum Hospitalizations in the United States. **Obstetrics & Gynecology**, v. 120, n. 5, p. 1, 2012.

CÂMARA. Cesariana a pedido materno. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 6991, p. 1–8, 2016.

CARDOSO, P. O.; ALBERTI, L. R.; PETROIANU, A. Morbidade neonatal e maternas

- relacionada ao tipo de parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 427–435, 2010.
- CARROLI, G. et al. Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. **Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology**, v. 22, n. 6, p. 999–1012, 2008.
- CHEBBO, A. et al. Maternal Sepsis and Septic Shock. **Critical Care Clinics**, v. 32, n. 1, p. 119–135, 2016.
- CHEW, S.; BISWAS, A. Caesarean and Postpartum Hysterectomy. **Singapore Medical Journal**, v. 39, n. 1, p. 9–13, 1998.
- CHRISTOPHER, B. **A textbook of postpartum hemorrhage: a comprehensive guide to evaluation, management and surgical intervention**. 2^a ed. [s.l: s.n.].
- CHUNG, S. H. et al. Changes in the cesarean section rate in Korea (1982-2012) and a review of the associated factors. **Journal of Korean Medical Science**, v. 29, n. 10, p. 1341–1352, 2014.
- CREANGA, A. A. et al. Pregnancy-Related Mortality in the United States, 2006–2010. **Obstetrics & Gynecology**, v. 125, n. 1, p. 5–12, 2015.
- DECLERCQ, E. et al. Mothers' reports of postpartum pain associated with vaginal and cesarean deliveries: Results of a national survey. **Birth**, v. 35, n. 1, p. 16–24, 2008.
- ECKER, JEFFREY L; FREDRIC DF, J. Cesarean delivery and the risk-benefit calculus. **N Engl J Med**, v. 363, n. 1, p. 1–3, 2010.
- FARRELL, S. A.; ALLEN, V. M.; BASKETT, T. F. Parturition and urinary incontinence in primiparas. **Obstetrics and Gynecology**, v. 97, n. 3, p. 350–356, 2001.
- FORNA, F.; MILES, A. M.; JAMIESON, D. J. Emergency peripartum hysterectomy: A comparison of cesarean and postpartum hysterectomy. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 190, n. 5, p. 1440–1444, 2004.
- GROBMAN, W. A. et al. Frequency of and Factors Associated With Severe Maternal Morbidity. **Obstetrics & Gynecology**, v. 123, n. 4, p. 804–810, 2014.
- GROBMAN WA, BAILIT JL, RICE MM, ET AL. Frequency of and Factors Associated With Severe Maternal Morbidity. **Obstetrics and Gynecology**, v. 123, n. 4, p. 804–810, 2014.
- GURGEL, R. Q. et al. Características das gestações, partos e recém-nascidos da região metropolitana de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 9, n. 2, p. 167–177, 2009.

- HANNAH, M. E. et al. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. **The Lancet**, v. 356, n. 9239, p. 1375–1383, 2000.
- HOGAN, M. C. et al. Maternal mortality for 181 countries , 1980 – 2008 : a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. **The Lancet**, v. 375, n. 9726, p. 1609–1623, 2008.
- HYDE, M. J. et al. The health implications of birth by Caesarean section. **Biological Reviews**, v. 87, n. 1, p. 229–243, 2012.
- INAGAKI ; CARDOSO. Prevalência , Indicações E Desfecho Do Recém-Nascido. v. 8, n. 12, p. 4278–4284, 2014.
- KACMAR, R. M. et al. The use of postpartum hemorrhage protocols in United States Academic obstetric anesthesia units. **Anesthesia and Analgesia**, v. 119, n. 4, p. 906–910, 2014.
- KAINU, J. P. et al. Persistent pain after caesarean section and vaginal birth: a cohort study. **International Journal of Obstetric Anesthesia**, v. 19, n. 1, p. 4–9, 2010.
- KAPELLOU, O. Effect of caesarean section on brain maturation. **Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics**, v. 100, n. 11, p. 1416–1422, 2011.
- KARSNITZ, D. B. Puerperal infections of the genital tract: A clinical review. **Journal of Midwifery and Women’s Health**, v. 58, n. 6, p. 632–642, 2013.
- KOREJO, R. et al. Emergency obstetric hysterectomy. **Journal of the Pakistan Medical Association**, v. 62, n. 12, p. 1322–1325, 2012.
- LALONDE, A. et al. Postpartum hemorrhage today: ICM/FIGO initiative 2004-2006. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 94, n. 3, p. 243–253, 2006.
- LETH, R. A. et al. Risk of selected postpartum infections after cesarean section compared with vaginal birth: a five-year cohort study of 32,468 women. **Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica**, v. 88, n. 9, p. 976–83, 2009.
- LIU, S. et al. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. **Cmaj**, v. 176, n. 4, p. 455–460, 2007.
- LURIE, S. The changing motives of cesarean section: From the ancient world to the twenty-first century. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 271, n. 4, p. 281–285, 2005.
- MACARTHUR, A. J.; MACARTHUR, C. Incidence, severity, and determinants of perineal

pain after vaginal delivery: A prospective cohort study. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 191, n. 4, p. 1199–1204, 2004.

MACARTHUR, C. et al. Exclusive caesarean section delivery and subsequent urinary and faecal incontinence: A 12-year longitudinal study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 118, n. 8, p. 1001–1007, 2011.

MACDORMAN, M. F. et al. Recent Increases in the U.S. Maternal Mortality Rate: Disentangling Trends From Measurement Issues. **Obstetrics and gynecology**, v. 128, n. 3, p. 447–55, 2016.

MAHARAJ, D. Puerperal Pyrexia: A Review. Part II. **Obstetrical & Gynecological Survey**, v. 62, n. 6, p. 400–406, 2007.

MAIN, E. K. et al. Pregnancy-Related Mortality in California. **Obstetrics & Gynecology**, v. 125, n. 4, p. 938–947, 2015.

MINKOFF, H.; CHERVENAK, F. A. Elective Primary Cesarean Delivery. **New England Journal of Medicine**, v. 348, n. 10, p. 946–950, 2003.

MYLONAS, I.; FRIESE, K. Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. **Deutsches Arzteblatt International**, v. 112, n. 29–30, p. 489–495, 2015.

PARAZZINI, F. et al. Temporal trends and determinants of peripartum hysterectomy in Lombardy, Northern Italy, 1996-2010. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 287, n. 2, p. 223–228, 2013.

REZENDE ; MONTENEGRO. **Obstetrícia Fundamental.pdf**. 13^a ed. Rio de Janeiro: [s.n.].

ROOPNARINESINGH. A 27-year review of obstetric hysterectomy . **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 23, n. 3, 2003.

RORTVEIT, G. et al. Urinary Incontinence after Vaginal Delivery or Cesarean Section. **New England Journal of Medicine**, v. 348, n. 10, p. 900–907, 2003.

ROSSI, C.; LEE, R.; CHMAIT, R. Emergency Postpartum Hysterectomy for A Systematic Review. **Obstetrics & Gynecology**, v. 115, n. 3, p. 637–644, 2010.

SANDS, K.; VINEYARD, G.; PLATT, R. Surgical site infections occurring after hospital discharge. **The Journal of infectious diseases**, v. 173, n. 4, p. 963–70, 1996.

SASS, N.; WHANG, S. M. Dados epidemiológicos , evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 14, n. 4, p. 133–7, 2009.

- SHEINER, E. et al. Identifying risk factors for peripartum cesarean hysterectomy. A population-based study. **J Reprod Med**, v. 48, n. 8, p. 622–626, 2003.
- SULTAN AH, M. A. Anal and urinary incontinence in women with obstetric anal sphincter rupture. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 104(6):754, n. 10, p. 1–2, 1997.
- TODMAN, D. A history of caesarean section: From ancient world to the modern era. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 47, n. 5, p. 357–361, 2007.
- TOLLANES, M. C. Increased rate of Caesarean sections--causes and consequences. **Tidsskrift for den Norske Laegeforening**, v. 129, n. 13, p. 1329–1331, 2009.
- TORRE, M. DELLA et al. Assessing preventability for obstetric hemorrhage. **American Journal of Perinatology**, v. 28, n. 10, p. 753–759, 2011.
- UZUNCAKMAK, C.; OZCAM, H. Association between maternal mortality and cesarean section: Turkey experience. **PLoS ONE**, v. 11, n. 11, p. 1–10, 2016.
- VOS, T. et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet**, v. 386, n. 9995, p. 743–800, 2015.
- WANDERER, J. P. et al. Epidemiology of obstetric-related ICU admissions in Maryland: 1999-2008*. **Critical care medicine**, v. 41, n. 8, p. 1844–52, 2013.
- WANDERER JP, LEFFERT LR, MHYRE JM, KUKLINA EV, CALLAGHAN WM, B. B. Epidemiology of Obstetric-Related Intensive Care Unit Admissions in Maryland: 1999–2008. v. 41, n. 8, p. 1844–1852, 2014.
- YAMAMOTO NOMURA, R. M.; ALVES MARCELO ZUGAIB, E. A. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. **Revista de Saude Publica**, v. 38, n. 1, p. 9–15, 2004.
- YANG, X. J.; SUN, S. S. Comparison of maternal and fetal complications in elective and emergency cesarean section: a systematic review and meta-analysis. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 296, n. 3, p. 503–512, 2017.
- YOKOE, D. S. et al. Epidemiology of and surveillance for postpartum infections. **Emerging Infectious Diseases**, v. 7, n. 5, p. 837–841, 2001.

ZAFAR, S. et al. Non-life threatening maternal morbidity: Cross sectional surveys from Malawi and Pakistan. **PLoS ONE**, v. 10, n. 9, p. 1–17, 2015.

ZIMMERMANN, J. B. et al. Complicações puerperais associadas à via de parto. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 19, n. 2, p. 109–16, 2009.

ZUGAIB. **Obstetrícia**. 3^a ed. São Paulo: [s.n.].

4 NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DO ARTIGO

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

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

Avaliação dos manuscritos

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

IMPORTANTE! Os Autores devem cumprir os prazos, visto que o não atendimento resultará atraso de sua publicação ou até mesmo no arquivamento do processo. Os autores podem solicitar em qualquer ponto do processo de análise e edição do texto a sustação do processo e a

retirada do trabalho, exceto quando o manuscrito estiver aceito para publicação. Os conceitos e as declarações contidos nos artigos são de responsabilidade dos autores.

Preparando um manuscrito para submissão

Documentos obrigatórios para submissão

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

Autorização de transferência dos direitos autorais assinada por todos os autores (escaneada e anexada) Modelo;

Em conformidade com o capítulo XII.2 da Res. CNS 466/2012, no Brasil, pesquisas envolvendo seres humanos necessitam informar o número do registro referente ao Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) ou o número do parecer de aprovação da pesquisa (CEP/CONEP) no Comitê de Ética. Manuscritos internacionais devem apresentar a documentação ética local para seguirem no processo de submissão;

Carta de Apresentação (Cover Letter): deverá ser redigida com o propósito de justificar a publicação. Deve-se identificar os autores, a titulação da equipe que pretende publicar, instituição de origem dos autores e a intenção de publicação;

Página de Título;

Manuscrito.

Página de Título

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

Nome completo, sem abreviações, dos autores (no máximo seis);

Autor correspondente (Nome completo, endereço profissional de correspondência e e-mail para contato);

Afiliação Institucional de cada autor. Exemplo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: os autores devem informar quaisquer potenciais conflitos de interesse seja ele político, econômico, de recursos para execução da pesquisa ou de propriedade intelectual;

Agradecimentos: os agradecimentos ficam restritos às pessoas e instituições que contribuíram de maneira relevante, para o desenvolvimento da pesquisa. Qualquer apoio financeiro seja ele oriundo de órgãos de fomento ou empresas privadas deve ser mencionado na seção Agradecimentos. A RBGO, para os autores Brasileiros, solicita que os financiamentos das agências CNPq, Capes, FAPESP entre outras, sejam obrigatoriamente mencionadas com o número do processo da pesquisa ou de bolsas concedidas.

Contribuições: conforme os critérios de autoria científica do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), o crédito de autoria deve ser fundamentado em três condições que devem ser atendidas integralmente: 1. Contribuições substanciais para concepção e delineamento, coleta de dados ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e 3. Aprovação final da versão a ser publicada.

Manuscrito

Instruções aos Autores

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

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

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

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

Cartas ao Editor, versando sobre matéria editorial ou não, mas com apresentação de informações relevantes ao leitor. As cartas podem ser resumidas pela editoria, mas com

manutenção dos pontos principais. No caso de críticas a trabalhos publicados, a carta é enviada aos autores para que sua resposta possa ser publicada simultaneamente;

Editorial, somente a convite do editor.

Título

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

Resumo

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

Resumo informativo, do tipo estruturado, de artigo original

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

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

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

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

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

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

Dentre os itens a serem incluídos, estão o objetivo da revisão à pergunta formulada, a fonte de dados, os procedimentos de seleção dos estudos e de coleta de dados, os resultados e as

conclusões. Os resumos dos artigos de revisão sistemática submetidos à RBGO devem ser, obrigatoriamente, estruturados em seis seções e conter no máximo 250 palavras:

Objetivo: Declarar o objetivo principal do artigo.

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

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

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

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

Conclusões: Indicar as conclusões principais e sua utilidade clínica.

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

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

Palavras-chave

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

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

Introdução

A seção Introdução de um artigo científico tem por finalidade informar o que foi pesquisado e o porquê da investigação. É a parte do artigo que prepara o leitor para entender a investigação

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

Métodos

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

Tipos de estudo (adaptada de Pereira, 2014*):

Relato de Caso (Estudo de Caso): Investigação aprofundada de uma situação, na qual estão incluídas uma ou poucas pessoas (de 10 ou menos usualmente);

Série de Casos: Conjunto de pacientes (por exemplo, mais de 10 pessoas) com o mesmo diagnóstico ou submetidos a mesma intervenção. Trata-se, em geral, de série consecutiva de doentes, vistos em um hospital ou em outra instituição de saúde, durante certo período. Não há grupo-controle interno composto simultaneamente. A comparação é feita em controles externos. Dá-se o nome de controle externo ou histórico ao grupo usado para comparação dos resultados, mas que não tenha sido constituído ao mesmo tempo, no interior da pesquisa: por exemplo, a série de casos é comparada com os pacientes de anos anteriores.

Estudo Transversal (Ou Seccional): Investigação para determinar prevalência; para examinar a relação entre eventos (exposição, doença e outras variáveis de interesse), em um determinado

momento. Os dados sobre causa e efeito são coletados simultaneamente: por exemplo, a série de casos é comparada com os pacientes de anos anteriores.

Estudo de caso-controle: Particular forma de investigação etiológica, de cunho retrospectivo; parte-se do efeito em busca das causas. Grupos de indivíduos, respectivamente, com um determinado agravo à saúde e, sem este, são comparados com respeito a exposições que sofreram no passado de modo que se teste a hipótese de a exposição a determinados fatores de risco serem causas contribuintes da doença. Por exemplo, indivíduos acometidos por dor lombar são comparados com igual número de indivíduos (grupo-controle), de mesmo sexo e idade, mas sem dor lombar.

Estudo de coorte: Particular forma de investigação de fatores etiológicos; parte-se da causa em busca dos efeitos; portanto, o contrário do estudo de caso-controle. Um grupo de pessoas é identificado, e é coletada a informação pertinente sobre a exposição de interesse, de modo que o grupo pode ser acompanhado, no tempo e se verifica os que não desenvolvem a doença em foco e se essa exposição prévia está relacionada à ocorrência de doença. Por exemplo, os fumantes são comparados com controles não fumantes; a incidência de câncer de bexiga é determinada para cada grupo.

Estudo randomizado: Tem a conotação de estudo experimental para avaliar uma intervenção; daí a sinonímia estudo de intervenção. Pode ser realizado em ambiente clínico; por vezes designado simplesmente como ensaio clínico ou estudo clínico. Também é realizado em nível comunitário. No ensaio clínico, os participantes são alocados, aleatoriamente, para formar grupos, chamados de estudo (experimental) e controle (ou testemunho), a serem submetidos ou não a uma intervenção (aplicação de um medicamento ou de uma vacina, por exemplo). Os participantes são acompanhados para verificar a ocorrência de desfecho de interesse. Dessa maneira, a relação entre intervenção e efeito é examinada em condições controladas de observação, em geral, com avaliação duplo-cega. No caso de estudo randomizado informe o número do Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (REBEC) e/ou o número do International Clinical Trials Registration Platform(ICTRP/OMS), na página de título.

Estudo ecológico: Pesquisa realizada com estatísticas: a unidade de observação e análise não é constituída de indivíduos, mas de grupo de indivíduos; daí, seus sinônimos: estudo de grupos, de agregados, de conglomerados, estatísticos ou comunitários. Por exemplo, a investigação sobre a variação, entre países europeus, dos coeficientes de mortalidade por doenças do sistema vascular e do consume per capita de vinho.

Revisão Sistemática e Metanálise: Tipo de revisão em que há uma pergunta claramente formulada e são usados métodos explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e também para coletar e analisar dados a partir dos estudos que estão incluídos na revisão. São aplicadas estratégias que limitam vieses, na localização, na seleção, na avaliação crítica e na síntese dos estudos relevantes sobre determinado tema. A metanálise pode fazer ou não parte da revisão sistemática. Metanálise é a revisão de dois ou mais estudos, para obter estimativa global, quantitativa, sobre a questão ou hipótese investigada; emprega métodos estatísticos para combinar resultados dos estudos utilizados na revisão.

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

Roteiro para revisão estatística de trabalhos científicos originais

Objetivo do estudo: O objetivo do estudo está suficientemente descrito, incluindo hipóteses pré-estabelecidas?

Delineamento: O delineamento é apropriado para alcançar o objetivo proposto?

Características da amostra: Há relato satisfatório sobre a seleção das pessoas para inclusão no estudo? Uma taxa satisfatória de respostas (de casos válidos) foi alcançada? Se houve seguimento dos participantes, ele foi suficientemente longo e completo? Se houve emparelhamento (por exemplo, de casos e controles), ele é adequado? Como se lidou com os dados não disponíveis (missing data)?

Coleta de dados (mensuração dos resultados): Os métodos de mensuração foram detalhados para cada variável de interesse? A comparabilidade dos métodos de mensuração utilizados nos grupos está descrita? A validade e a reprodutividade dos métodos empregados foram consideradas?

Tamanho da amostra: Foram fornecidas informações adequadas sobre o cálculo do tamanho da amostra? A lógica utilizada para a determinação do tamanho do estudo está descrita, incluindo considerações práticas e estatísticas?

Métodos estatísticos: O teste estatístico utilizado para cada comparação foi informado? Indique se os pressupostos para uso do teste foram obedecidos. São informados os métodos utilizados para qualquer outra análise realizada? Por exemplo, análise por subgrupos e análise de sensibilidade. Os principais resultados estão acompanhados da precisão da estimativa? Informe o valor p, o intervalo de confiança. O nível alfa foi informado? Indique o nível alfa, abaixo do

qual os resultados são estatisticamente significantes. O erro beta foi informado? Ou então, indique o poder estatístico da amostra. O ajuste foi feito para os principais fatores geradores de confusão? Foram descritos os motivos que explicaram a inclusão de uns e a exclusão de outros? A diferença encontrada é estatisticamente significativa? Assegure-se que há análises suficientes para mostrar que a diferença estatisticamente significativa não é devida a algum viés (por exemplo, falta de comparabilidade entre os grupos ou distorção na coleta de dados). Se a diferença encontrada é significativa, ela também é relevante? Especifique a mínima diferença clinicamente importante. Deixe clara a distinção entre diferença estatisticamente e diferença clínica relevante. O teste é uni ou bicaudal? Forneça essa informação, se apropriado. Qual o programa estatístico empregado? Dê a referência de onde encontrá-lo. Informe a versão utilizada.

Resumo: O resumo contém síntese adequada do artigo?

Recomendação sobre o artigo: O artigo está em padrão estatístico aceitável para publicação?

Em caso negativo, o artigo poderá ser aceito após revisão adequada?

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

IMPORTANTE!

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

Ensaio clínico randomizado:

<http://www.consort-statement.org/downloads/consort-statement>

Revisões sistemáticas e metanálises:

<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00335.pdf>

Estudos observacionais em epidemiologia:

strobostatment.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf

Estudos qualitativos:

<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>

Resultados

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

ATENÇÃO!

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

Discussão

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

Conclusão

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

Referências

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

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

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

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

Envio dos manuscritos

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

Não há taxa para submissão e avaliação de artigos.

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

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

Tel.: + 55 11 5573.4919

Email: editorial.office@febrasgo.org.br

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

5 ARTIGO

Complicações maternas segundo tipo de parto em Maternidades de Sergipe, Brasil.

Maternal complications according to type of delivery in maternity hospitals in Sergipe, Brazil.

Léo Faro de Barros¹

Daniela Siqueira Prado²

Rosana Cipolotti²

Ikaro Daniel de Carvalho Barreto³

Rosemar Barbosa Mendes⁴

Ricardo Queiroz Gurgel²

¹Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, Brasil.

²Médico e Professor do departamento de Medicina. Universidade Federal de Sergipe, Brasil.

³ Doutorando Programa de pós-graduação em Biometria e Estatística Aplicada, Universidade Federal Rural de Pernambuco, Pernambuco, Brasil

⁴Professor departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Sergipe, Brasil.

Correspondência*: Rua Valquíria Luiza Campos Nascimento, 51 Grageru. Aracaju SE Brasil CEP 49027-100

e- mail: leo_faro@hotmail.com Telefone: 5579999294929

Conflitos de interesse: nenhum

Resumo

Objetivo: Avaliar complicações maternas precoces segundo tipo de parto em puérperas do estado de Sergipe.

Métodos: estudo de coorte com 768 puérperas das 11 maternidades do estado com entrevista após 6h do parto e 45 dias pós-parto e com dados do prontuário da puérpera. As associações entre o tipo de parto e as complicações maternas no pós-parto com as variáveis de exposição foram descritas em frequências simples, percentuais, risco relativo (RR) com o intervalo de confiança.

Resultados: A frequência de complicações maternas precoces foi 46,8%, tendo sido a dor a mais verificada. As pacientes submetidas a cesárea intraparto tiveram maior risco de dor (RR=1,31; 95% CI:1,04-1,64) particularmente as do alto risco (RR=1,78; 95% CI:1,19-2,67) e do serviço público (RR=1,29; 95% CI:1,02-1,64).

Conclusão: A cesárea intraparto, principalmente em pacientes de alto risco e do serviço público associou-se a maior risco de dor no pós-operatório.

Palavras chave: cesárea intraparto, cesárea eletiva, morbidade materna, complicações maternas, dor nos pontos, parto vaginal.

Abstract

Objective: To evaluate maternal complications according to the type of delivery in puerperal women in the state of Sergipe.

Methods: a cohort study with 768 postpartum women from 11 state maternity hospitals with interview after 6 hours of delivery, 45 days postpartum and data from the woman's medical record. The associations between the type of delivery and maternal complications in the postpartum period with the exposure variables were described with simple frequencies, percentages, relative risk (RR) with the confidence interval.

Results: The frequency of early maternal complications was 46.8%, with pain being the most frequent. Patients undergoing intrapartum cesarean section had a higher risk of pain (RR = 1.31, 95% CI: 1.04-1.64), particularly those from de subgroup of high risk (RR = 1.78, 95% CI: 1.19) and from public sector (RR=1,29; 95% CI:1,02-1,64). **Conclusion:** Intrapartum cesarean section, especially in high-risk and public service patients, presents a higher risk of pain in the elderly and in the public service postoperative.

Key words: Intrapartum cesarean section, elective cesarean section, maternal morbidity, maternal complications, vaginal delivery.

Introdução

O parto normal é a expulsão do feto por via vaginal e é o mecanismo fisiológico de nascimento¹. Nas últimas décadas, a assistência ao parto vem se modificando e uma tendência por partos cirúrgicos vem sendo verificada. Há algumas décadas, o parto era domiciliar, com pouca assistência, feito por parteiras ou obstetrias. Com a evolução da medicina e a inclusão da população no sistema único de saúde, a assistência ao parto foi mudando e se tornando cada vez mais hospitalar².

No mundo, vem sendo observado um incremento nas taxas de cesárea. Em Istambul, entre 2002 e 2013, houve um aumento de 23% para 55,2%³, na Coreia entre 1982 e 2012 houve uma elevação de 4,4% para 37,5 %⁴, na Noruega de 1,8 % em 1967, subiu para 16,4 em 2006⁵, em Boston em 1937 era 3%, e em 2005 era 30%⁶, na Alemanha aumentou de 15,3% em 1991 para 31,7% em 2012⁷. No Brasil também foi verificado aumento na taxa de cesárea de 39% em 2001 para 55,5 em 2016 chegando a 84,6% no setor suplementar de saúde⁸.

A elevação da taxa da cesárea pode trazer consequências negativas para saúde materna⁹. Em estudo realizado nos Estados Unidos com 1573 mulheres que foram consultadas sobre dor nos primeiros 2 meses pós-parto verificou-se que 48% das mulheres que deram à luz por parto normal relataram dor perineal e 79% das que deram à luz por cesariana relataram dor incisional¹⁰. Carroli¹¹ et al (2008), em revisão sistemática sobre a prevalência da hemorragia puerperal, realizada no período de 1997 a 2006, mostrou uma frequência de 2,94% (IC95%: 2,82-3,07) após parto vaginal e de 6,38% (IC 95%: 5,45-7,31) após cesariana.

No estudo Term Breech Trial¹², publicado em 2000, os resultados concluíram que as complicações maternas foram semelhantes após parto normal e cesárea com frequência de 3%. Nesse estudo também foi comparada a frequência de hemorragia pós-parto e verificou-se que os dois tipos de parto apresentaram frequência semelhantes.

Tendo isso em vista, esse estudo tem como objetivo avaliar complicações maternas puerperais precoces (febre, dor e hemorragia) segundo tipo de parto, de acordo com risco obstétrico (baixo, alto) e por tipo de serviço em que o parto foi realizado (público, privado).

Métodos

Foi realizado um estudo de coorte extraído da pesquisa “Nascer em Sergipe” produzido entre junho de 2015 e abril de 2016. Foram inseridas as maternidades privadas, públicas e

mistas que realizaram mais de 500 partos/ano. Pesquisadoras que participaram do estudo nacional, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), realizaram treinamento da equipe local para avaliação de amostra representativa do estado de Sergipe.

O cálculo da amostra foi feito considerando-se a taxa de parto cesáreo de 38% (DATASUS, 2011), totalizando 358 mulheres a serem entrevistadas. Este valor foi calculado para estimar a prevalência de cesáreas 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, duplicamos a amostra para 768 puérperas e seus conceitos. Foi adotada a alocação proporcional ao tamanho da instituição para distribuir o número amostral calculado.

A permanência mínima dos entrevistadores em casa instituição foi de 7 dias. Caso o número de puérperas pudesse ser atingido antes deste período, procedia-se a um sorteio aleatório com a limitação do número diário de entrevistadas, para que os 7 dias fossem atingidos. Foram incluídas todas as mulheres sorteadas admitidas nas maternidades selecionadas por ocasião da realização do parto com idade gestacional maior ou igual a 22 semanas de gestação que aceitaram participar do estudo. Foram excluídas mulheres que não falassem e/ou compreendessem o idioma (português) ou que não pudessem ser acessadas por contato telefônico com 45-60 dias. Não houve recusa em participar do estudo pelas puérperas elegíveis. Houve duas perdas de pacientes elegíveis por complicações no puerpério imediato que evoluíram para o óbito não atribuíveis ao tipo de parto.

As puérperas foram entrevistadas face a face entre 6h e 24h do parto e extraídos dados dos prontuários das mulheres após a alta. Os dados das puérperas eram extraídos 42 dias após internação em caso de permanência hospitalar prolongada. Os cartões de pré-natal foram fotografados e as informações digitadas no banco de dados. Entrevistas telefônicas de seguimento foram realizadas com 45-60 dias após o parto para pesquisa de complicações maternas precoces.

As variáveis de exposição foram tipo de parto: vaginal; cesárea após trabalho de parto (intraparto); cesárea não precedida de trabalho de parto (eletiva); financiamento do parto público (pelo SUS) ou privado (particular ou por planos de saúde); risco obstétrico habitual ou alto risco (diabetes gestacional, hipertensão arterial gestacional ou pré-gestacional, obesidade, SIDA, idade gestacional inferior a 37 semanas ou superior a 41 semanas ao nascer, gravidez múltipla, apresentações não cefálicas, peso ao nascer inferior a 2500g ou superior a 4499g e

inferior ao percentil cinco ou acima do percentil 95 de peso por idade gestacional). Utilizou-se a mesma classificação de risco de o estudo “Nascer no Brasil”.

Os desfechos avaliados (variáveis dependentes) foram as complicações maternas precoces após o parto: febre, hemorragia, dor nos pontos ou períneo. Foi considerado febre: temperatura medida 37,8° ou superior; hemorragia: sangramento intenso referido pela paciente ou observado pela equipe, ou quando houvesse necessidade de suporte transfusional; dor nos pontos ou no períneo: dor referida pelas pacientes.

Os dados foram descritos por meio de frequências simples e percentuais, além de riscos relativos e seus intervalos com 95% de confiança. Foi utilizado o teste Exato de Fisher para avaliar associação entre variáveis. O software utilizado foi o R Core Team 2017 e o nível de significância adotado foi de 5%.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal de Sergipe CAAE: 22488213.4.0000.5546. A identidade e os direitos dos participantes foram preservados. Este projeto de pesquisa segue as recomendações da Normativa 196/96 atendendo a Resolução nº 466/2012, que substituiu a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF. As puérperas assinaram o TCLE, com garantia de recusa a qualquer momento, sem sofrer qualquer dano.

Resultados

A idade média das pacientes encontrada foi de 25 anos, sendo 21,4% adolescente e 9,4% com 35 anos ou mais. Em relação a escolaridade, 46,4% eram analfabetas/fundamental. A cor referida era não branca em 85,8% das pacientes. Em relação a paridade 95,1% das pacientes já tinham tido uma pelo menos uma gestação anterior, sendo 54,9 acima de 3. O parto normal aconteceu em 59,4% e a cesárea em 40,6%, sendo 35% realizada pelo serviço público e 75% no serviço privado. O serviço público financiou 85,9% dos partos estudados. Em relação ao risco obstétrico, a maior parte das pacientes, 65,9%, foi classificado como baixo risco (tabela 1).

Complicações maternas precoces ocorreram em 46,8%, tendo sido dor a mais frequente (46,1% no períneo e 46,7% na ferida operatória de cesárea), seguida de febre alta (26,3%) e de sangramento intenso (15,5%). Não houve necessidade de transfusão ou histerectomia puerperal na população estudada (tabela 2).

As complicações maternas precoces globalmente tiveram maior risco após cesárea intraparto (RR=1,27; 95%CI:1,01-1,59), principalmente em pacientes do alto risco obstétrico (RR=1,75; 95%CI:1,19-2,58). Verifica-se maior risco de dor após cesárea intraparto (RR=1,31; 95%CI:1,04-1,64) principalmente em pacientes do alto risco obstétrico (RR=1,78; 95%CI:1,19-2,67) do setor público (RR=1,29; 95%CI:1,02-1,64). Não houve diferença na frequência de febre ou hemorragia segundo o tipo de parto (tabelas 3 e 4).

Discussão

Ainda são controversos os achados na literatura no tocante à frequência de complicações maternas segundo tipo de parto. A frequência global de complicações maternas puerperais no presente estudo foi semelhante à observada em estudo realizado no Paquistão e no Malawi que verificou uma taxa de complicações precoces de 53%¹³ e em estudo de meta-análise, que observou frequência de complicações maternas de 55,2%¹⁴.

Estudo brasileiro, realizado em Contagem (MG), verificou que a complicação materna mais frequente também foi a dor, sendo mais associada ao parto cesáreo, com 80% de frequência¹⁵. No presente trabalho, a dor foi mais frequente após cesárea intraparto, particularmente na população classificada como alto risco do serviço público. Em estudo realizado nos Estados Unidos com 1573 pacientes, verificou-se uma taxa de complicações maternas de 45%, sendo a dor a principal complicação e a dor incisional relacionada à cesárea como a de maior frequência¹⁰. De forma diversa, estudos realizados nos estados de São Paulo¹⁶ e Minas Gerais¹⁷, não verificaram diferença entre as complicações maternas de acordo com o tipo de parto.

Estudo realizado nos Estados Unidos, constatou que a dor pós-parto está presente em muitas mulheres submetidas ao parto normal ou cesárea, mas que as submetidas a cesárea tiveram maior relato de dor como problema grave e boa parte sofre por até 6 meses após o parto¹⁰. Em estudo realizado na Finlândia em 2010²⁵, os autores verificaram que a dor persistente após o parto foi significativamente mais comum após a cesariana e as mulheres com dor persistente lembraram mais da dor no primeiro dia após o parto.

No presente estudo, a cesárea eletiva não mostrou maior frequência de complicação. Estudo de coorte realizado entre 1988-2001, verificou que o aumento da morbidade materna relacionada à cesárea eletiva em relação ao parto normal se limitava apenas à febre pós-parto¹⁸. Em coorte canadense, realizada entre 1991 e 2005, com quase 2,3 milhões de partos, verificou-

se que o parto cesáreo eletivo apresentava maior risco de morbidade materna que o parto vaginal e que as cesáreas intra-parto apresentavam maior risco que os outros dois tipos de parto¹⁹.

Não foi verificada diferença no risco de febre e hemorragia por tipo de parto no presente estudo, talvez pela baixa frequência de tais complicações na pesquisa. Em estudo realizado na Suécia, verificou-se que infecção e febre no puerpério continuam a ser causas de internação prolongada e readmissões nas maternidades e que a cesárea intra-parto apresenta um maior risco de apresentar infecção e febre comparado à cesárea eletiva e ao parto normal²⁰. Nos Estados Unidos, a hemorragia é uma das principais causas de morbidade e mortalidade maternas^{21,22,23}. As mulheres submetidas à cesariana correm maior risco de hemorragia grave em comparação às submetidas a parto vaginal^{23,24}. Estudo realizado na Noruega, com duração de 5 anos, com a população total de puérperas do país, demonstrou que a cesárea intra-parto cursa com maior risco de hemorragia que a cesárea eletiva e o parto normal²⁴.

O presente estudo apresenta como pontos positivos o fato de ter uma amostra representativa das pacientes do Estado de Sergipe, podendo os resultados serem generalizados para toda população. Como pontos negativos a subjetividade da quantificação da dor e da hemorragia.

Pode-se concluir então, que a cesárea intra-parto, principalmente nas pacientes de alto risco do serviço público, apresenta maior risco para dor no pós-operatório que o parto normal e a cesárea eletiva. Não houve diferença na frequência de febre e hemorragia segundo tipo de parto.

COLABORADORES

D S Prado; R. B. Mendes; R Q Gurgel, F D Bezerra; R Cipolotti; Ikaro; R. Q. Gurgel participaram da elaboração do projeto, supervisão das entrevistas, confecção do banco de dados, L F Barros concepção do artigo, Ikaro auxílio na avaliação estatística; D S Prado análise crítica do artigo.

Conflitos de Interesse: ausente

Referências:

1. Rezende, Jorge ; Montenegro CAB. *Obstetrícia Fundamental.pdf*. 13^a. Rio de Janeiro; 2014.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Uma Análise Da Situação de Saúde E a Vigilância Da Saúde Da Mulher.*; 2012.

3. Uzuncakmak C, Ozcam H. Association between maternal mortality and cesarean section: Turkey experience. *PLoS One*. 2016;11(11):1-10. doi:10.1371/journal.pone.0166622.
4. Chung SH, Seol HJ, Choi YS, Oh SY, Kim A, Bae CW. Changes in the cesarean section rate in Korea (1982-2012) and a review of the associated factors. *J Korean Med Sci*. 2014;29(10):1341-1352. doi:10.3346/jkms.2014.29.10.1341.
5. Tollanes MC. Increased rate of Caesarean sections--causes and consequences. *Tidsskr den Nor Laegeforening*. 2009;129(13):1329-1331. doi:10.4045/tidsskr.08.0453.
6. Ecker, Jeffrey L, M.D., Fredric DF, Jr. M. Cesarean delivery and the risk-benefit calculus. *N Engl J Med*. 2010;363(1):1-3. doi:10.1056/NEJMp1002530.
7. Mylonas I, Friese K. Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. *Dtsch Arztebl Int*. 2015;112(29-30):489-495. doi:10.3238/arztebl.2015.0489.
8. Brasil AN de SS. Atualização das taxas de partos na saúde suplementar - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/3324-atualizacao-das-taxas-de-partos-na-saude-suplementar>. Published 2016.
9. Chew S, Biswas A. Cesarean and Postpartum Hysterectomy. *Singapore Med J*. 1998;39(1):9-13. doi:10.1111/j.1471-0528.1986.tb07906.x.
10. Declercq E, Cunningham DK, Johnson C, Sakala C. Mothers' reports of postpartum pain associated with vaginal and cesarean deliveries: Results of a national survey. *Birth*. 2008;35(1):16-24. doi:10.1111/j.1523-536X.2007.00207.x.
11. Carroli G, Cuesta C, Abalos E, Gulmezoglu AM. Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2008;22(6):999-1012. doi:10.1016/j.bpobgyn.2008.08.004.
12. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet*. 2000;356(9239):1375-1383. doi:10.1016/S0140-6736(00)02840-3.
13. Zafar S, Jean-Baptiste R, Rahman A, Neilson JP, Van Den Broek NR. Non-life threatening maternal morbidity: Cross sectional surveys from Malawi and Pakistan. *PLoS One*. 2015;10(9):1-17. doi:10.1371/journal.pone.0138026.

14. Yang XJ, Sun SS. Comparison of maternal and fetal complications in elective and emergency cesarean section: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet.* 2017;296(3):503-512. doi:10.1007/s00404-017-4445-2.
15. Cardoso PO, Alberti LR, Petroianu A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. *Cien Saude Colet.* 2010;15(2):427-435. doi:10.1590/S1413-81232010000200019.
16. Yamamoto Nomura RM, Alves Marcelo Zugaib EA. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. *Rev Saude Publica.* 2004;38(1):9-15. doi:10.1590/S0034-89102004000100002.
17. Zimmermann JB, Gomes CM, Tavares FSP, Peixoto IG, Melo PCV de, Rezende DF de. Complicações puerperais associadas à via de parto. *Rev Médica Minas Gerais.* 2009;19(2):109-116.
18. Allen VM, O'Connell CM, Baskett TF. Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared with induction of labor at term. *Obstet Gynecol.* 2006;108(2):286-294. doi:10.1093/toxsci/kfj143.
19. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *Cmaj.* 2007;176(4):455-460. doi:10.1503/cmaj.060870.
20. Axelsson D, Brynhildsen J, Blomberg M. Postpartum infection in relation to maternal characteristics, obstetric interventions and complications. *J Perinat Med.* 2017;0(0). doi:10.1515/jpm-2016-0389.
21. Creanga AA, Berg CJ, Syverson C, Seed K, Bruce FC, Callaghan WM. Pregnancy-Related Mortality in the United States, 2006–2010. *Obstet Gynecol.* 2015;125(1):5-12. doi:10.1097/AOG.0000000000000564.
22. Grobman WA, Bailit JL, Rice MM et al. Frequency of and Factors Associated With Severe Maternal Morbidity. *Obstet Gynecol.* 2014;123(4):804-810. doi:10.1097/AOG.000000000000173.Frequency.
23. Wanderer JP, Leffert LR, Mhyre JM, Kuklina EV, Callaghan WM BB. Epidemiology of Obstetric-Related Intensive Care Unit Admissions in Maryland: 1999–2008. 2014;41(8):1844-1852. doi:10.1097/CCM.0b013e31828a3e24.Epidemiology.

24. Al-Zirqi I, Vangen S, Forsén L, Stray-Pedersen B. Effects of onset of labor and mode of delivery on severe postpartum hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;201(3):273.e1-273.e9. doi:10.1016/j.ajog.2009.06.007.
25. Kainu JP, Sarvela J, Tiippana E, Halmesmäki E, Korttila KT. Persistent pain after caesarean section and vaginal birth: a cohort study. *Int J Obstet Anesth.* 2010;19(1):4-9. doi:10.1016/j.ijoa.2009.03.013.

Tabela 1: Aspectos epidemiológicos, sociodemográficos e obstétricos da população estudada.

	N	%
Idade		
10-19	164	21,4
20-34	532	69,3
>=35	72	9,4
Escolaridade		
Analfabeto/Fundamental	356	46,4
Médio	310	40,4
Superior	101	13,2
Cor/Raça		
Branco	109	14,2
Não Branco	659	85,8
Paridade		
0	37	4,8
1-2	309	40,2
>3	422	54,9
Tipo de Parto		
Normal	456	59,4
Cesárea Intraparto	110	14,3
Cesárea Eletiva	202	26,3
Fonte de Financiamento		
Público	660	85,9
Privado	108	14,1
Risco		
Baixo	506	65,9
Alto	262	34,1

Tabela 2: Frequência global de complicações puerperais segundo tipo de parto

	Febre		Hemorragia		Dor (Pontos ou Cirurgia)		Complicações Maternas Precoces	
	N	RR (IC95%)	N	RR (IC95%)	N	RR (IC95%)	N	RR (IC95%)
	(%)	p-valor	(%)	p-valor	(%)	p-valor	(%)	p-valor
Tipo de Parto								
Cesárea Intra-Parto	7 (6,4)	1,04 (0,46-2,31) 1,000	1 (5,0)	1,15 (0,98-1,36) 0,263	47 (59,5)	1,31 (1,04-1,64) 0,037	47 (59,5)	1,30 (1,04-1,64) 0,037
Cesárea Eletiva	11 (5,4)	0,89 (0,45-1,75) 0,858	5 (19,2)	1,10 (0,41-2,92) 1,000	63 (42)	1,07 (0,89-1,28) 0,526	63 (42)	0,92 (0,73-1,16) 0,526
Normal	28 (6,1)	1	9 (17,6)	1	104 (45,6)	1	104 (45,6)	1

RR – Risco Relativo; IC95% – Intervalo com 95% de Confiança; Teste Exato de Fisher;

Tabela 3: Frequência de complicações puerperais segundo tipo de parto e por risco obstétrico.

	Febre		Hemorragia		Dor (Pontos ou Cirurgia)		Complicações Maternas Precoces	
	N (%)	RR (IC95%) p-valor	N (%)	RR (IC95%) p-valor	N (%)	RR (IC95%) p-valor	N (%)	RR (IC95%) p-valor
Baixo Risco								
Cesárea Intra-Parto	1 (12,5)	0,35 (0,05-2,34) 0,394	1 (12,5)	0,72 (0,10-5,35) 1,000	24 (55,8)	1,12 (0,82-1,53) 0,497	24 (54,5)	1,08 (0,79-1,47) 0,735
Cesárea Eletiva	0 (0)	-	2 (33,3)	1,93 (0,48-7,72) 0,576	33 (37,1)	0,75 (0,55-1,02) 0,064	33 (37,1)	0,73 (0,54-1,00) 0,048
Normal	11 (35,5)	1	5 (17,2)	1	80 (49,7)	1	85 (50,6)	1
Alto Risco								
Cesárea Intra-Parto	4 (33,3)	1,83 (0,56-6,05) 0,410	0 (0)	-	23 (63,9)	1,78 (1,19-2,67) 0,008	23 (63,9)	1,75 (1,19-2,58) 0,008
Cesárea Eletiva	6 (31,6)	1,74 (0,57-5,25) 0,469	3 (15)	0,82 (0,21-3,24) 1,000	30 (49,2)	1,37 (0,91-2,07) 0,153	30 (49,2)	1,34 (0,91-2,00) 0,163
Normal	4 (18,2)	1	4 (18,2)	1	24 (35,8)	1	27 (36,5)	1

RR – Risco Relativo; IC95% – Intervalo com 95% de Confiança; Teste Exato de Fisher;

Tabela 4: Frequência de complicações puerperais segundo tipo de parto e por tipo de serviço.

	Febre		Hemorragia		Dor (Pontos ou Cirurgia)		Complicações Maternas Precoces	
	N	RR (IC95%)	N	RR (IC95%)	N	RR (IC95%)	N	RR (IC95%)
	(%)	p-valor	(%)	p-valor	(%)	p-valor	(%)	p-valor
Público								
Cesárea Intra-Parto	4 (25)	0,88 (0,34-2,29) 1,000	1 (6,3)	0,35 (0,05-2,59) 0,430	40 (61,5)	1,29 (1,02-1,64) 0,065	40 (60,6)	1,26 (0,99-1,59) 0,093
Cesárea Eletiva	4 (18,2)	0,64 (0,24-1,72) 0,560	5 (22,7)	1,29 (0,49-3,40) 0,747	40 (40,8)	0,86 (0,65-1,13) 0,272	40 (40,8)	0,85 (0,64-1,11) 0,228
Normal	15 (28,3)		9 (17,6)		101 (47,6)		109 (48,2)	
Privado								
Cesárea Intra-Parto	1 (25)	-	0 (0)	-	7 (50)	2,67 (0,85-8,39) 0,122	7 (50)	2,67 (0,85-8,39) 0,122
Cesárea Eletiva	2 (50)	-	0 (0)	-	23 (44,2)	2,36 (0,81-6,84) 0,083	23 (44,2)	2,36 (0,81-6,84) 0,083
Normal	0 (0)		0 (0)		3 (18,8)		3 (18,8)	

RR – Risco Relativo; IC95% – Intervalo com 95% de Confiança; Teste Exato de Fisher;

6 ANEXOS

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. Prof^a. 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.

Assinatura da puérpera

Assinatura do pesquisador

Informações adicionais no caso de recusa da mãe em participar da pesquisa:

1. _____ Motivo _____ da _____ Recusa:

2. Idade da entrevistada (mãe): |__| |__| anos (**preencher com 99 caso ela não queira responder**)

3. Escolaridade da mãe: Série do Ensino

1. Fundamental **2.** Médio **3.** Superior **9.** Não quis dar a informação |__|

4. Raça ou cor (**opinião do entrevistador**):

1. Branca **2.** Preta **3.** Parda(morena/mulata) **4.** Amarela **5.** Indígena |__|

5. Tipo de parto **1.** Normal **2.** Cesariana **9.** Não quis dar a informação |__|

6. O seu parto foi pago pelo: 1. SUS 2. Plano de saúde 3. Particular |__|

7. Nome completo da Entrevistada (mãe):

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

“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?	__ __

<p>34. Antes da gravidez do (a) (nome do bebê), quantos partos você já teve? (Se 00, vá para 55)</p>	<p>_ _ _ _ </p>
<p>35. E quantos desses partos foram normais (incluindo partos à fórceps e vácuo)?</p>	<p>_ _ _ _ </p>
<p>36. E quantos desses partos foram cesarianas? (Se 00, vá para 40)</p>	<p>_ _ _ _ </p>
<p>37. Qual foi a data do seu último parto cesariana, antes do nascimento do(a) (nome do bebê)?</p>	<p>_ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ </p>

<p>38. Qual foi o motivo dessa última cesariana que você teve antes do nascimento do (nome do bebê)? (Não ler as opções)</p>	
<p>01. Queria ligar as trompas</p>	
<p>02. Já tinha cesárea anterior</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>03. Não queria sentir a dor do parto normal</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>04. Medo de falta de vaga para internação</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>05. Medo da violência na cidade</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>06. Bebê estava enrolado no cordão</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>07. Bebê estava sentado/ atravessado</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>08. Bebê era grande/ não tinha passagem/ não teve dilatação/bebê não desceu/ não encaixou</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>09. Bebê passou do tempo</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>10. Sofrimento do bebê</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>11. Pouco líquido na bolsa (amniótico)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>12. Placenta baixa</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>13. Problema de pressão alta</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>14. Problema de diabetes</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>15. Infecção pelo HIV / AIDS</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>16. Verruga genital/condiloma ou problema no preventivo do colo do útero</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>17. Exame de cultura para streptococo na vagina e/ou ânus positivo</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>18. Descolamento prematuro da placenta</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>19. Sangramento</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>20. Outra razão não citada (responda a 39)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	<p> _ _ </p> <p> _ _ </p>
<p>39. Que razão? _____</p>	

<p>40. Antes da gravidez do (a) (nome do bebê), quantos filhos nasceram vivos? (incluir aqueles que faleceram logo após o nascimento)</p> <p>(Se 00, passar para a questão 43)</p>	<p>____ ____ </p>
<p>41. Antes da gravidez do (a) (nome do bebê), algum filho nasceu vivo e morreu no primeiro mês de vida?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 43)1. Sim</p>	<p>____ </p>
<p>42. Quantos?</p>	<p>____ ____ </p>
<p>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?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 45)1. Sim</p>	<p>____ </p>
<p>44. Quantos?</p>	<p>____ ____ </p>
<p>45. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê), algum filho nasceu com peso menor que dois quilos e meio?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 47)1. Sim</p>	<p>____ </p>
<p>46. Quantos?</p>	<p>____ ____ </p>
<p>47. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê), algum filho nasceu prematuro (antes do tempo)?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 49)1. Sim</p>	<p>____ </p>
<p>48. Quantos?</p>	<p>____ ____ </p>
<p>49. Nas outras vezes em que ficou grávida você teve: (ler as opções)</p> <p>(preencher 9 para “não sabe se teve este problema/não soube informar”)</p>	

50. Cerclagem/costurou o colo do útero para segurar o bebê? Não 1. Sim	0.	<input type="checkbox"/>
51. Eclâmpsia/convulsão?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
52. Problema de pressão alta que precisou fazer o parto antes do tempo?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
53. Ruptura Uterina/ Útero rompeu?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
54. Diabetes/ açúcar alto no sangue?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>
3. Não queria engravidar	

<p>57. Como você se sentiu quando soube que estava grávida do (a) (nome do bebê)? (ler as opções)</p> <p>1. Satisfeita 2. Mais ou menos satisfeita 3. Insatisfeita</p>	<p>___ </p>
<p>58. Você tentou interromper esta gravidez usando alguma medicação ou algum outro método?</p> <p>0. Não (vá para 60) 1. Sim</p>	<p>___ </p>
<p>59. Em que mês de gestação você estava?</p>	<p>___ </p>
<p>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).</p>	
<p>61. Você tem certeza dessa data?</p> <p>0. Não 1. Sim</p>	<p>___ </p>
<p>62. Você fez pré-natal na gravidez do (a) (nome do bebê)? 0. Não 1. Sim (vá para 65)</p>	<p>___ </p>

	_ _
	_ _
	_ _

motivo? _____	64. Que outro __ (vá para 84)
65. Com quantas semanas ou meses de gravidez você começou o pré-natal? 66. _ _ semanas (Se souber informar semanas, não registrar meses. Se início do pré-natal 67. _ _ meses até 4 meses ou 16 semanas vá para 70).	

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) ? <i>(caso a gestante tenha mudado de unidade ou tenha freqüentado pré-natal em mais de um serviço, considerar o total de consultas)</i>			_ _ _
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 maioriasdas 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 pré-natal da gravidez do (a) (nome do bebê) ? 1. Médico 2. Enfermeiro 3. Parteira 4. Outro 9. Não sabe informar			_ _

<p>75. Você foi acompanhada, durante o pré-natal da gravidez do (a) (nome do bebê) pelo mesmo profissional? (ler as opções)</p> <p>0. Não 1. Sim, a maior parte do tempo 2. Sim, o tempo todo</p>	<p> __ </p>
<p>76. Você fez algum exame de ultrassonografia nesta gravidez?</p> <p>0. Não (vá para 78) 1. Sim</p>	<p> __ </p>
<p>77. Quantas ultrassonografias (USG) você realizou durante a gravidez?</p>	<p> __ __ </p>
<p>78. Durante o pré-natal do (a) (nome do bebê), você foi informada sobre: (ler as opções)</p>	
<p>79. Como começa o trabalho de parto?</p> <p>0. Não 1. Sim</p>	<p> __ </p>
<p>80. Sinais de risco na gravidez que devem fazer você procurar um serviço de saúde?</p> <p>0. Não 1. Sim</p>	<p> __ </p>
<p>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)?</p> <p>0. Não 1. Sim</p>	<p> __ </p>
<p>82. Amamentar na primeira hora de vida?</p> <p>0. Não 1. Sim</p>	<p> __ </p>

<p>83. Pelo o que você entendeu no pré-natal, você diria que, para uma gestação sem complicações: (ler as opções)</p> <p>1. O parto normal é mais seguro para a mãe</p> <p>2. A cesárea é mais segura para a mãe</p> <p>3. Tanto o parto normal quanto a cesárea são seguros para a mãe</p> <p>4. Não ficou esclarecida</p>	_
<p>84. Durante a gravidez do(a) (nome do bebê), algum profissional de saúde disse que você tinha algum dos</p>	

<p>seguintes problemas: (ler as opções)</p>		
<p>85. O colo do útero não segurava o bebê</p> <p>1. Sim</p>	<p>0. Não</p>	_
<p>86. Problemas no crescimento do bebê na sua barriga</p> <p>1. Sim</p>	<p>0. Não</p>	_
<p>87. Pouco líquido amniótico</p>	<p>0. Não</p>	_
<p>88. Muito líquido amniótico</p> <p>1. Sim</p>	<p>0. Não</p>	_
<p>89. Problema de sangue Rh negativo</p> <p>Não 1. Sim</p>	<p>0.</p>	_
<p>90. Placenta baixa/prévia</p> <p>Sim</p>	<p>0. Não</p>	_
<p>91. Descolamento de placenta após o 7º mês de gravidez</p> <p>1. Sim</p>	<p>0. Não</p>	_
<p>92. Perda de líquido amniótico porque bolsa rompeu antes da hora</p> <p>1. Sim</p>	<p>0. Não</p>	_

93. Diabetes/açúcar alto no sangue por causa da gravidez 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
94. Pressão alta por causa da gravidez Sim	0. Não 1.	<input type="checkbox"/>
95. Eclâmpsia/Convulsões 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
96. Ameaça de parto prematuro 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
97. Sinais de sofrimento no bebê 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
98. Sífilis 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
99. Infecção urinária/cistite Não 1. Sim	0.	<input type="checkbox"/>
100. Infecção pelo HIV/AIDS 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
101. Toxoplasmose (que precisou tratar) 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
102. Exame de cultura positivo para streptococo na vagina 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
103. Outras doenças infecciosas	0. Não (vá para 105)1. Sim	<input type="checkbox"/>
104. Outras doenças infecciosas?		Quais? _____ _____ _____
105. Outros problemas?	0. Não (vá para 107)1. Sim	<input type="checkbox"/>

106.	Outros	problemas?	Quais
<hr/> <hr/> <hr/>			
(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	__

<p>114. Você fez o parto no serviço de saúde que foi indicado?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim (vá para o Bloco V)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>115. Por que não?</p> <p>1. Não tinha vaga 2. Era longe ou de difícil acesso 3. Não gosto do serviço</p> <p>4. Outros (responda a 116)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>116. Defina o porquê</p> <hr/> <hr/> <hr/>	

V - DECISÃO SOBRE O TIPO DE PARTO

<p>117. No começo da gravidez do (a) (nome do bebê), que tipo de parto você queria ter?</p> <p>1. Parto normal</p> <p>2. Parto cesárea</p> <p>3. Não tinha preferência alguma (vá para 120)</p>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

<p>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)</p>	
<p>01. Histórias de parto de sua família e/ou de suas amigas</p>	<p> _ _ </p>
<p>02. A preferência de seu marido pelo tipo de parto</p>	<p> _ _ </p>
<p>03. O medo da dor do parto normal</p>	<p> _ _ </p>
<p>04. O medo do parto normal alterar sua vagina</p>	<p> _ _ </p>
<p>05. Queria ligar as trompas</p>	<p> _ _ </p>
<p>06. O medo da cesariana</p>	<p> _ _ </p>
<p>07. O medo da anestesia</p>	<p> _ _ </p>
<p>08. Para agendar a data do parto</p>	<p> _ _ </p>
<p>09. Ter um profissional conhecido na hora do parto</p>	<p> _ _ </p>
<p>10. Experiência anterior positiva com parto normal</p>	<p> _ _ </p>
<p>11. Experiência anterior negativa com parto normal</p>	<p> _ _ </p>
<p>12. Experiência anterior positiva com cesariana</p>	<p> _ _ </p>
<p>13. Experiência anterior negativa com cesariana</p>	<p> _ _ </p>
<p>14. Informação na internet</p>	<p> _ _ </p>
	<p> _ _ </p>
	<p> _ _ </p>

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) <i>(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)</i>	
01. Porque entrou em trabalho de parto	<input type="checkbox"/>
02. A bolsa rompeu	<input type="checkbox"/>
03. Teve o sinal/perda de tampão mucoso	<input type="checkbox"/>
04. Estava com dores/contrações	<input type="checkbox"/>
05. A data para fazer minha cesariana estava marcada	<input type="checkbox"/>
06. Fui encaminhada pelo pré-natal ou PSF	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

<p>4. Hospital sem médico plantonista/hospital sem condição de atender</p> <p>5. Não foi informada 6. Outro? (responda a 128)</p>	
<p>128. Outro? Descreva o motivo_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>129. Como você veio para esta maternidade ?(ler as opções)</p> <p>1. A pé 2. Carro particular 3. Ônibus/Trem/Van __ </p> <p>4. Táxi 5. Ambulância 6. Outros (responda a 130)</p>	
<p>130. Outros? Defina como veio!</p> <p>_____</p>	
<p>131. Quanto tempo se passou desde que você saiu de casa até chegar neste hospital/maternidade/casa de parto onde fez o parto?</p> <p>(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)</p>	<p> __ __ horas</p> <p> __ __ minutos</p>
<p>132. Depois que chegou nesse hospital/maternidade/casa de parto, quanto tempo demorou para ser atendida?</p>	<p> __ __ horas</p>
<p>(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)</p>	<p> __ __ minutos</p>

133. Fizeram exame de toque vaginal quando você foi internada? 0. Não (vá para 135)1. Sim	<input type="checkbox"/>
134. Quantos centímetros de dilatação você tinha na hora da internação? tinha dilatação 000. Não	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
135. Ouviram o coração do bebê na hora da admissão? Não 1. Sim 0.	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>
137. Foram oferecidos líquidos, água, sucos e/ou sopas/alimentos durante o trabalho de parto? 1.Sim 0. Não	<input type="checkbox"/>
138. Você solicitou algum líquido ou alimento durante seu trabalho de parto? 0. Não (vá para 140)1.Sim	<input type="checkbox"/>
139. Seu pedido foi atendido? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

<p>140. Quando você estava no trabalho de parto, foi colocado soro na veia?</p> <p>0. Não (vá para 143) 1. Sim</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>141. Foi posto no soro um medicamento para aumentar as contrações (ocitocina)?</p> <p>0. Não (vá para 143) 1. Sim 9. Não soube informar (vá para 143)</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>142. Depois que colocaram a medicação no soro as contrações (dores) aumentaram?</p> <p>1. Não percebeu diferença</p> <p>2. As dores aumentaram um pouco</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>3. As dores aumentaram muito</p>	
<p>143. Quando você estava no trabalho de parto, foi colocado algum remédio em sua vagina para induzir/acelerar o parto?</p> <p>0. Não (vá para 145) 1. Sim 9. Não soube informar (vá para 145)</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>144. Depois que colocaram o remédio, as contrações (dores) aumentaram?</p> <p>1. Não percebeu diferença 2. As dores aumentaram um pouco</p> <p>3. As dores aumentaram muito.</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>145. Romperam a bolsa depois que você chegou aqui no hospital? (ler as opções)</p> <p>1. Não, rompeu antes da internação</p> <p>2. Não, rompeu sozinha durante a internação</p> <p>3. Sim</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>

<p>146. Qual era a cor do líquido?</p> <p>1. Claro 2. Esverdeado/Amarronzado 3. Com sangue</p> <p>4. Amarelado/purulento 9. Não soube informar</p>	<input type="checkbox"/>
<p>147. Você pôde ficar fora da cama e andar durante o trabalho de parto? (ler as opções)</p> <p>0. Não, não era permitido 1. Não, porque não quis 2. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>148. Você utilizou alguma das seguintes medidas para aliviar a dor durante o trabalho de parto? (ler as opções)</p> <p>0. Não</p> <p>1. Banheira</p> <p>2. Chuveiro</p> <p>3. Bola</p> <p>4. Massagem</p> <p>5. Banquinho para posição de cócoras</p> <p>6. Cavalinho</p> <p>7. Outro (responda a 149)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>149.</p> <hr/>	<p>Qual?</p>
<p>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</p>	

<p>ver a contração e o batimento do coração do seu bebê)?</p> <p>0. Não</p> <p>1. Sim, na hora que internei</p> <p>2. Sim, em alguns momentos do trabalho de parto</p> <p>3. Sim, durante todo o trabalho de parto</p> <p>9. Não soube informar</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>151. Você teve acompanhante durante sua internação?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p> <p>(vá para 154)</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>152. Se não, por quê? (Não ler as opções)</p> <p>01. A maternidade não permitia qualquer acompanhante</p> <p>02. Não permitia homens</p> <p>03. Só permitia para adolescente</p> <p>04. Só permitia acompanhante maior de idade</p> <p>05. Eu não sabia que podia</p> <p>06. Eu não queria</p> <p>07. Não tinha quem ficasse comigo</p> <p>08. Tinha que pagar para ficar com acompanhante</p> <p>09. Só podia acompanhante na sala de parto</p> <p>10. Outros. (responda a 153)</p> <p style="text-align: right;">(Ao final dessa questão, vá para o bloco VIII)</p>	<p style="text-align: right;"> _ _ </p>
<p>153. Outros? Defina!</p> <hr/>	

(vá para o bloco VIII)	
154. Seu acompanhante ficou com você: (ler as opções)	
155. Durante o atendimento na admissão (antes de internar)? Não 1. Sim	0. <input type="checkbox"/>
156. Todo o tempo do trabalho de parto (antes de nascer) no hospital? 0. Não 1. Sim 2. Não entrei em trabalho de parto	<input type="checkbox"/>
157. Durante o parto (na hora de nascer mesmo)? Não 1. Sim	0. <input type="checkbox"/>
158. No pós-parto imediato (no centro obstétrico/recuperação)? Não 1. Sim	0. <input type="checkbox"/>
159. Durante a internação após o parto (ficou junto no quarto/enfermária)? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
160. Quem foi o seu acompanhante? (<i>marque mais de um se for o caso</i>) 1. Companheiro ou pai da criança 2. Amiga 3. Mãe 4. Irmã 5. Doula 6. Outra pessoa? (responda a 161)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
161. <hr/> -	Quem?
162. Esse acompanhante era a pessoa que você havia escolhido para ficar com você?	<input type="checkbox"/> 0. Não 1. Sim

<p>163. Como foi a experiência de ter um acompanhante no trabalho de parto aqui no hospital? (ler as opções)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<input type="text"/>
--	----------------------

VIII. PARTO

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

<p>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)</p>	<p>165. <input type="text"/><input type="text"/> Semanas</p> <p>166. <input type="text"/> Meses</p>
<p>167. Durante a gravidez do (a) (nome do bebê) você tomou alguma injeção para amadurecer o pulmão do bebê?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Não (vá para 171) 1. Sim durante o pré-natal 2. Sim, na maternidade durante internação anterior 3. Sim, na maternidade nesta internação 	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

<p>168. Você se lembra com quantos semanas/meses de gravidez tomou esta injeção? (se souber informar em semanas, não marcar meses)</p> <p style="text-align: center;">00. Não Sim, quantos meses/ semanas</p>	<p>169. <input type="text"/><input type="text"/> Semanas</p> <p>170. <input type="text"/> Meses</p>
---	---

<p>171. O profissional de saúde que atendeu o parto do (a) (nome do bebê) foi o mesmo que acompanhou o pré-natal? 0.</p> <p>Não 1. Sim</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>172. Qual foi o tipo de parto que você teve? (ler as opções)</p> <p>1. Parto normal</p> <p>2. Parto a fórceps</p> <p>3. Parto cesáreo (vá para 181)</p> <p style="padding-left: 40px;">(se gemelar, marcar o tipo de parto de todos os bebês)</p>	<p>1º _ </p> <p>2º _ </p> <p>3º _ </p> <p>4º _ </p>
<p>173. Quem fez seu parto?</p> <p>1. Médico (a) 2. Enfermeiro (a) 3. Parteira 4. Estudante</p> <p>5. O profissional de saúde não se apresentou 6. Pariu sozinha</p> <p>7. Outro? (responda a 174)</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>174. Outro? Quem?</p> <hr/>	
<p>175. Você foi para outra sala na hora de ter o bebê? 0. Não</p> <p>1. Sim</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>176. Qual foi a posição que você ficou para ter o bebê?</p> <p>1. Deitada de costas com as pernas levantadas</p> <p>2. Deitada de lado</p> <p>3. Sentada / reclinada</p> <p>4. Na banheira</p> <p>5. De quatro apoios</p> <p>6. De cócoras</p> <p>7. De pé</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>

<p>177. Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê? (manobra de Kristeller). 0. Não 1. Sim</p>	<p> __ </p>
<p>178. Você sabe como ficou o seu períneo (vagina) depois do parto? (ler as opções)</p> <p>1. Não rompeu, não cortou e não deu pontos</p>	
<p>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</p> <p>(Se resposta 1, 2 ou 3, vá para 180)</p>	<p> __ </p>
<p>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</p>	<p> __ </p>
<p>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</p>	<p> __ </p>
<p>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</p> <p>(se gemelar, marcar a posição de todos os bebês)</p>	<p>1° __ 182. 2° __ 183. 3° __ 184. 4° __ </p>

<i>Só para quem teve cesárea</i>	
<p>185. Em que momento foi decidido que seu parto seria cesariana?(ler as opções)</p> <p>1. No pré-natal 2. Durante internação como gestante 3. Na admissão</p> <p>4. No pré-parto5. Já na sala de parto</p>	<input type="checkbox"/>
<p>186. Qual foi a razão da cesariana? (não ler as opções)</p> <p>01. Queria fazer cesárea</p> <p>02. Queria ligar as trompas</p> <p>03. O bebê tinha circular de cordão (enrolado no cordão)</p> <p>04. Já tinha <u>uma</u> cesárea anterior</p> <p>05. Você já tinha <u>duas ou mais</u> cesáreas anteriores</p> <p>06. O bebê estava sentado</p> <p>07. O bebê estava atravessado</p> <p>08. O bebê era grande/ não tinha passagem/não teve dilatação/bebê não desceu/não</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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

(EM CASO DE GEMELAR, OS BLOCOS “INFORMAÇÕES DO BEBÊ” E “ALEITAMENTO MATERNO” DEVERÃO SER REPETIDOS)

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

<p>188. O bebê eliminou cocô (mecônio) quando ainda estava na sua barriga?</p> <p>0. Não 1.Sim 9. Não soube informar</p>	<p>_____</p>
<p>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)</p> <p>1. Colocou para mamar 2. Ficou com o bebê no colo</p> <p>3. Apenas viu o bebê 4. Não teve contato com o bebê</p>	<p>_____</p>
<p>190. O bebê veio para o quarto junto com você? 0. Não 1. Sim (vá para 197)</p>	<p>_____</p>
<p>191. Por quê?</p> <p>1. Foi para o berçário/incubadora/berço aquecido</p> <p>2. Foi para a UI/UTI/berçário patológico</p> <p>3. Outro motivo (responda a 192)</p>	<p>_____</p>
<p>192. Outro motivo? Qual? _____</p>	
<p>193. Quanto tempo depois do parto seu bebê pôde ficar com você no seu quarto? _____</p> <p>(Preencher com 77 nos casos em que o bebê ainda está na UI/UTI)</p>	<p>194. _____ dias qu</p> <p>195. _____ hor</p> <p>196. _____ minut</p>
<p>197. O seu bebê teve algum destes problemas ou necessidades? (ler as opções)</p> <p>(preencher 9 para “não sabe se teve este problema/não soube informar)</p>	
<p>198. Hipoglicemia – baixa de açúcar no sangue 0. Não 1.Sim</p>	<p>_____</p>
<p>199. Malformação congênita (incluindo defeito cardíaco). 0. Não 1.Sim</p>	<p>_____</p>

200. Precisou de oxigênio após o nascimento	0. Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>
201. O bebê ficou amarelo (icterícia)	0. Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>
202. Tomou banho de luz	0. Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>
203. Foi transferido para outro hospital	0. Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>
204. Teve infecção	0. Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>
205. Outros	0. Não (vá para 207)	1.Sim	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

	0. Não (vá para 213)	1. Sim	8. Não se aplica	<input type="checkbox"/>
208. Depois do nascimento, você deu o peito na sala de parto?	0. Não	1. Sim (vá para 215)		<input type="checkbox"/>
209. Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (mais ou 210. (Ao final desta questão, vá para 215)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dias m
				211. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hora
				212. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minuto

<p>213. Por quê ainda não deu o peito ao seu bebê?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mãe HIV+ 2. Mãe HTLV+ <input type="checkbox"/> 3. Bebê prematuro <input type="checkbox"/> 4. Bebê doente e não pode mamar <input type="checkbox"/> 5. Leite não desceu/ pouco leite <input type="checkbox"/> 6. Estou com soro na veia e não tenho posição para amamentar <input type="checkbox"/> 7. Outros (responda a 214) 	
<p>214. Outros? Quais? _____</p> <p>_____</p>	
<p>215. (Aqui) no hospital, o/a (nome do bebê) recebeu outro leite ou líquido que não o do seu peito?</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) 	<input type="checkbox"/>
<p>216. Por quê recebeu outro leite ou líquido? (Não ler opções)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bebê prematuro 2. Bebê doente 3. Leite não havia descido/estava com pouco leite 4. Rotina hospitalar 	<input type="checkbox"/>

<p>5. Eu estava com soro na veia e não tinha posição para amamentar</p> <p>6. Foi prescrito pelo pediatra</p> <p>7. Outros (responda a 217)</p> <p>9. Não soube informar</p>	__
217. Outros: _____	
218. Como o leite foi dado ao seu bebê?	
<p>1. Na mamadeira/chuquinha 2. No copinho __ </p> <p>3. Na sonda/gavagem/seringa 4. Outros (responda a 219) 9. Não soube informar __ </p>	__
219. Outros? Quais? _____	

XI. INFORMAÇÕES DO BEBÊ – SEGUNDO GEMELAR (*Atenção! Não aplicar para natimortos*)

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

<p>220. O bebê eliminou cocô (mecônio) quando ainda estava na sua barriga?</p> <p>0. Não 1. Sim 9. Não soube informar</p>	__
<p>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)</p> <p>1. Colocou para mamar 2. Ficou com o bebê no colo</p> <p>3. Apenas viu o bebê 4. Não teve contato com o bebê</p>	__
<p>222. O bebê veio para o quarto/enfermaria junto com você? 0. Não 1. Sim (vá para 229)</p>	__

223. Por quê?		
<p>1. Foi para o berçário/incubadora/berço aquecido</p> <p>2. Foi para a UI/UTI/berçário patológico</p> <p>3. Outro motivo (responda a 224)</p>		_
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 1.Sim	0. Não	_
231. Malformação congênita (incluindo defeito cardíaco). 1.Sim	0. Não	_
232. Usou oxigênio após o nascimento 1.Sim	0. Não	_
233. O bebê ficou amarelo (icterícia) 0. Não 1.Sim		_
234. Tomou banho de luz 1.Sim	0. Não	_
235. Foi transferido para outro hospital 1.Sim	0. Não	_

236. Teve infecção 1.Sim	0. Não	__
237. Outros 0. Não (vá para 239) 1.Sim		__
238.	Outros?	Quais? _____

XII – ALEITAMENTO MATERNO – SEGUNDO GEMELAR

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

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

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

239. Você já ofereceu o peito para o seu bebê?	__
0. Não (vá para 245) 1. Sim 8. Não se aplica	
240. Depois do nascimento, você deu o peito na sala de parto? 0. Não 1. Sim (vá para 247)	__
241. Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (mais ou 242. <i>(Ao final desta questão, vá para 247)</i>)	__ _ __ dias me 243. __ _ __ hora 244. __ _ __ minuto
245. Por quê ainda não deu o peito ao seu bebê?	__
1. Mãe HIV+	

<p>2. Mãe HTLV+</p> <p>3. Bebê prematuro</p> <p>4. Bebê doente e não pode mamar</p> <p>5. Leite não desceu/ pouco leite</p> <p>6. Estou com soro na veia e não tenho posição para amamentar</p> <p>7. Outros (responda a 246)</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>246. Outros? Quais?</p> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>247. (Aqui) no hospital, o/a (nome do bebê) recebeu outro leite ou líquido que não o do seu peito?</p> <p>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)</p> <p>1. Sim</p> <p>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)</p> <p>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)</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

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 258. (Preencher com 77 nos casos em que o bebê ainda está na UI/UTI)	__ __ dias qua	259. __ __ hor
		260. __ __ minut
261. O seu bebê teve algum destes problemas ou necessidades? (ler as opções) (preencher 9 para “não sabe se teve este problema/não soube informar)		
262. Hipoglicemia – baixa de açúcar no sangue	0. Não 1.Sim	__
263. Malformação congênita (incluindo defeito cardíaco).	0. Não 1.Sim	__
264. Usou oxigênio após o nascimento	0. Não 1.Sim	__
265. O bebê ficou amarelo (icterícia) 0. Não 1.Sim		__
266. Tomou banho de luz	0. Não 1.Sim	__

267. Foi transferido para outro hospital	0. Não	1.Sim	_ _
268. Teve infecção	0. Não	1.Sim	_ _
269. Outros	0. Não (vá para 271)1.Sim		_ _
270. Outros? Quais? _____			

XIV – ALEITAMENTO MATERNO – TERCEIRO GEMELAR

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

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

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

271. Você já ofereceu o peito para o seu bebê?	0. Não (vá para 277)1. Sim	8. Não se aplica	_ _
272. Depois do nascimento, você deu o peito na sala de parto?	0. Não	1. Sim (vá para 279)	_ _
273. Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (mais ou 274. (Ao final desta questão, vá para 279)			_ _ dias m 275. _ _ ho 276. _ _ minu

<p>277. Por quê ainda não deu o peito ao seu bebê?</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>278. Outros? Quais? _____</p> <p>_____</p>	
<p>279. (Aqui) no hospital, o/a (nome do bebê) recebeu outro leite ou líquido que não o do seu peito?</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) 	<input type="checkbox"/>

<p>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)</p> <p>1. Colocou para mamar 2. Ficou com o bebê no colo</p> <p>3. Apenas viu o bebê 4. Não teve contato com o bebê</p>	<input type="text"/>	
<p>286. O bebê veio para o quarto/enfermaria junto com você? 0. Não 1. Sim (vá para 293)</p>	<input type="text"/>	
<p>287. Por quê?</p> <p>1. Foi para o berçário/incubadora/berço aquecido</p> <p>2. Foi para a UI/UTI/berçário patológico</p> <p>3. Outro motivo (responda a 288)</p>	<input type="text"/>	
<p>288. Outro motivo? Qual? _____</p>		
<p>289. Quanto tempo depois do parto seu bebê pôde ficar com você no seu 290.</p> <p>(Preencher com 77 nos casos em que o bebê ainda está na UI/UTI)</p>	<p>____ ____ dias qua</p> <p>291. ____ ____ hor</p> <p>292. ____ ____ minut</p>	
<p>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)</p>		
<p>294. Hipoglicemia – baixa de açúcar no sangue</p>	<p>0. Não 1.Sim</p>	<input type="text"/>
<p>295. Malformação congênita (incluindo defeito cardíaco).</p>	<p>0. Não 1.Sim</p>	<input type="text"/>
<p>296. Usou oxigênio após o nascimento</p>	<p>0. Não 1.Sim</p>	<input type="text"/>
<p>297. O bebê ficou amarelo (icterícia)</p>	<p>0. Não 1.Sim</p>	<input type="text"/>
<p>298. Tomou banho de luz</p>	<p>0. Não 1.Sim</p>	<input type="text"/>
<p>299. Foi transferido para outro hospital</p>	<p>0. Não 1.Sim</p>	<input type="text"/>
<p>300. Teve infecção</p>	<p>0. Não 1.Sim</p>	<input type="text"/>

301. Outros 0. Não (vá para 303)1.Sim	
302. _____ Outros? _____	Quais? _____

XVI – ALEITAMENTO MATERNO – QUARTO GEMELAR

(ATENÇÃO! EM CASO DE ÓBITO, VÁ PARA O BLOCO XVII)

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

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

303. Você já ofereceu o peito para o seu bebê?										
0. Não (vá para 309)1. Sim 8. Não se aplica										
304. Depois do nascimento, você deu o peito na sala de parto? 0. Não 1. Sim (vá para 311)										
305. Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (mais ou 306. (Ao final desta questão, vá para 311)	<table border="1"> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>dias m</td> </tr> <tr> <td>307. _____</td> <td>_____</td> <td>hora</td> </tr> <tr> <td>308. _____</td> <td>_____</td> <td>minuto</td> </tr> </table>	_____	_____	dias m	307. _____	_____	hora	308. _____	_____	minuto
_____	_____	dias m								
307. _____	_____	hora								
308. _____	_____	minuto								

<p>309. Por quê ainda não deu o peito ao seu bebê?</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>310. Outros? Quais? _____</p> <p>_____</p>	
<p>311. (Aqui) no hospital, o/a (nome do bebê) recebeu outro leite ou líquido que não o do seu peito?</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) 	<input type="checkbox"/>
<p>312. Por quê recebeu outro leite ou líquido? (Não ler opções)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<p>9. Não soube informar</p>	
<p>313. Outros: _____</p>	
<p>314. Como o leite foi dado ao seu bebê?</p> <p style="text-align: center;"> 1. Na mamadeira/chuquinha 2. No copinho ___ 3. Na sonda/gavagem/seringa 4. Outros (responda a 315) 9. Não soube informar ___ </p>	
<p>315. Outros? Quais? _____</p>	

XVII. DADOS FAMILIARES

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

<p>316. Você sabe ler e escrever?</p>	<p>0. Não 1. Sim</p>	<p> ___ </p>
---------------------------------------	---------------------------------------	--------------

<p>317. Qual o último grau que você cursou?</p> <p>0. Nenhum (vá para 319) 1. Ensino Fundamental (1º grau)</p> <p>2. Ensino Médio (2º grau) 3. Ensino Superior (3º grau)</p>	<p> _ _ </p>
<p>318. Última série/ano que você concluiu com aprovação na escola?</p>	<p> _ _ </p>
<p>319. Qual é o seu estado civil? (ler as opções)</p> <p>1. Solteira 2. Casada no papel 3. União estável/vive com companheiro 4. Separada 5. Viúva</p>	<p> _ _ </p>
<p>320. Você tem algum trabalho que ganhe dinheiro? 0. Não (vá para 323) 1. Sim</p>	<p> _ _ </p>
<p>321. Em relação a sua situação de trabalho, você: (ler as opções)</p> <p>01. Trabalha com carteira assinada</p> <p>02. Trabalha sem carteira assinada</p> <p>03. Servidora pública (municipal, estadual, federal ou militar)</p> <p>04. Empregadora</p> <p>05. Autônoma</p> <p>06. Cooperativada</p> <p>07. Outro (responda a 322)</p>	<p> _ _ </p>
<p>322. Outro? Qual? _____</p>	
<p>323. Quem é o (a) chefe da família?</p> <p>1. Você (a própria mulher) (vá para o bloco XVIII) 2. O companheiro</p> <p>3. Mãe 4. Pai 5. Outra pessoa da família (responda a 324)</p> <p>6. Outra pessoa que não reside na casa (responda a 324)</p>	<p> _ _ </p>
<p>324. Que pessoa? _____</p>	

325. Qual foi o último grau de escolaridade que o(a) chefe da família cursou? 0. Nenhum (vá para 329) 1. Ensino Fundamental (1º grau) (vá para 326) 2. Ensino Médio (2º grau) (vá para 327) 3. Ensino Superior (3º 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? (<i>não contar o RN</i>)	_ _
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. <i>Agora, vou lhe fazer algumas perguntas sobre coisas que você pode ter ou não ter na sua casa.</i>	
334. Na sua casa tem rádio? 0. Não (vá para 336) 1. Sim	_ _
335. Quantos? 1. Um 2. Dois 3. Três 4. Mais de Três	_ _
336. Na sua casa tem geladeira 0. Não 1. Sim	_ _

337. Na sua casa tem freezer (aparelho independente ou parte de geladeira duplex)	0. Não 1. Sim	___
338. Na sua casa tem DVD ou vídeo cassete?	0. Não 1. Sim	___
339. Na sua casa tem máquina de lavar roupa? (não incluir tanquinho)	0. Não 1. Sim	___
340. Na sua casa tem televisão em cores?	0. Não (vá para 342) 1. Sim	___
341. Quantos?	1. Um 2. Dois 3. Três 4. Mais de Três	___
342. Na sua casa tem moto?	0. Não 1. Sim	___
343. Na sua casa tem carro particular?	0. Não (vá para 345) 1. Sim	___
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? <i>(um maço contém aproximadamente 20 cigarros)</i>	_____
351. Você fumou após o quinto mês da gravidez do (nome do bebê) ?	_____
0. Não (vá para 354) 1. Sim	
352. Você fumava todo dia?	_____
0. Não 1. Sim	
353. Quantos cigarros você fumava por dia? <i>(um maço contém aproximadamente 20 cigarros)</i>	_____
354. Durante a gravidez, você bebeu chopp, cerveja ou alguma outra bebida alcoólica?	_____
0. Não <i>(confirme: “nem de vez em quando?”)</i>	
1. Sim	
<i>Se entrevistada for <u>completamente abstinência</u>, pular para o bloco XX</i>	
355. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	_____
0. Não 1. Sim	
356. Seu (ex) companheiro ou seus pais se preocupam ou reclamam quando você bebe?	_____
0. Não 1. Sim	
357. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?	_____
0. Não 1. Sim	
358. Alguma vez você acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido na noite passada?	_____
0. Não 1. Sim	

<p>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”?</p> <p><i>(Uma dose de bebida alcoólica corresponde, por exemplo, a uma lata ou meia garrafa de cerveja, a 1 chopp, a 2 copos de cerveja, a 1 copo de vinho, a uma dose de uísque, cachaça ou outros destilados ou a 1 copo de caipirinha)</i></p>	<input type="text"/>
---	----------------------

XX. ANTECEDENTES PESSOAIS

“Agora vou lhe fazer perguntas sobre alguns problemas de saúde.”

<p>360. Você apresentava alguma dessas doenças antes da gravidez que tenha sido confirmada por médico (ler as opções)</p>		<input type="text"/>
<p>361. Doença do coração</p>	<p>0. Não 1. Sim</p>	<input type="text"/>
<p>362. Pressão alta fora da gestação, tendo sido prescrito remédio para uso continuado</p> <p>0. Não 1. Sim</p>		<input type="text"/>
<p>363. Anemia grave, fora da gestação, ou outra doença no sangue</p>	<p>0. Não 1. Sim</p>	<input type="text"/>
<p>364. Asma/bronquite</p>	<p>0. Não 1. Sim</p>	<input type="text"/>
<p>365. Lupus ou esclerodermia</p>	<p>0. Não 1. Sim</p>	<input type="text"/>
<p>366. Hipertireoidismo</p>	<p>0. Não 1. Sim</p>	<input type="text"/>
<p>367. Diabetes/açúcar alto no sangue, fora da gestação, confirmado por médico especialista</p> <p>0. Não 1. Sim</p>		<input type="text"/>
<p>368. Doença renal/nos rins confirmada por médico especialista que precisa de tratamento</p> <p>0. Não 1. Sim</p>		<input type="text"/>

<p>379. Quem paga a mensalidade deste plano?</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) 	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

<p>380. Qual o valor da mensalidade do seu plano de saúde? (considerar o plano principal caso gestante tenha mais de um)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

<p>381. Além da mensalidade, este plano de saúde cobra algum valor pelos atendimentos a que tem direito?</p> <p style="text-align: center;">0. Não 1. Sim 9. Não soube informar</p>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

<p>382. Este plano de saúde dá direito à consulta médica?</p> <p style="text-align: center;">0. Não 1. Sim 9. Não soube informar</p>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

<p>383. Este plano de saúde dá direito a internações hospitalares?</p> <p style="text-align: center;">0. Não 1. Sim 9. Não soube informar</p>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

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)	____ ____ ____ ,____
389. Qual foi seu peso na última consulta de pré-natal? (anotar em Kg)	____ ____ ____ ,____
390. Em que data foi pesada pela última vez no pré-natal?	____ __ _/ ____ ____ / ____
391. Qual é a sua altura? (anotar em cm)	____ ____ ____

XXIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

--

<p>397. Houve recusa, por parte da puérpera, em relação a receber ligação que será feita após 42 dias do parto</p> <p>0. Sem manifestações</p> <p>1. A puérpera deixou claro que Não quer ser contatada após sua alta</p>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

21. Antecedentes pessoais de risco:		
22. Doença cardíaca	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
23. Hipertensão arterial com tratamento continuado	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
24. Anemia grave ou outra hemoglobinopatia	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
25. Asma	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
26. Lupus ou esclerodermia	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
27. Hipertireodismo	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
28. Diabetes não gestacional	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
29. Doença renal crônica	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
30. Convulsões/epilepsia	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
31. Acidente Vascular Cerebral (AVC)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

32. Doença hepática crônica	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
33. Doença psiquiátrica	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
34. Outros	0. Não (vá para 36) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
35. Quais? _____		
36. Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação):		
37. Incompetência istmo-cervical (IIC)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
38. Crescimento Intra Uterino Restrito (CIUR)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

39.Oligodramnia	0. Não Sim	1.	<input type="checkbox"/>
40.Polidramnia	0. Não Sim	1.	<input type="checkbox"/>
41.Isoimunização RH	0. Não Sim	1.	<input type="checkbox"/>
42.Placenta prévia	0. Não Sim	1.	<input type="checkbox"/>
43.Descolamento prematuro de placenta (DPP)	0. Não Sim	1.	<input type="checkbox"/>
44.Amniorexe prematura	0. Não Sim	1.	<input type="checkbox"/>
45.Diabetes gestacional	0. Não Sim	1.	<input type="checkbox"/>
46.Síndromes hipertensivas (HA crônica, pré-eclâmpsia, síndrome HELLP)	0. Não Sim	1.	<input type="checkbox"/>
47.Eclâmpsia/Convulsões	0. Não Sim	1.	<input type="checkbox"/>
48.Ameaça de parto prematuro	0. Não Sim	1.	<input type="checkbox"/>
49.Sofrimento fetal	0. Não Sim	1.	<input type="checkbox"/>
50.Sífilis	0. Não Sim	1.	<input type="checkbox"/>
51.Infecção urinária	0. Não Sim	1.	<input type="checkbox"/>

52.Infecção pelo HIV	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------

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 °C	_ _ , _ °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 frequência?	_ _ _ _ _ _ bpm
82. Realizada cardiotocografia (CTG): (Permite mais de 1 opção) 0. Não (vá para 84) 1. Sim, antes de vir para maternidade 2. Sim, na admissão/internação 3. Sim, no trabalho de parto	_ _ _ _ _ _
83. Algum resultado da CTG alterado: 0. Não 1. Sim 9. Sem informação	_ _
84. Realizado Dopplerfluxometria Fetal: 0. Não (vá para 86) 1. Sim, antes de vir para maternidade 2. Sim, na admissão/internação	_ _ _ _
85. Algum Doppler alterado: 0. Não 1. Sim 9. Sem informação	_ _
86. Prescrição de corticóide antes do parto:	_ _

89. Outro	diagnóstico.	Qual?

90. Intercorrência	clinica.	Qual?

91. Houve indicação de parto cesáreo no momento da admissão/internação:		<input type="checkbox"/>
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:	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>
1. Ocitocina 2. Misoprostol 3. Outras	<input type="checkbox"/>
96. O acompanhante estava presente:	<input type="checkbox"/>
Sem informação	
0. Não 1. Sim 9.	
97. Prescrição de dieta no trabalho de parto:	<input type="checkbox"/>
0. Dieta zero 1. Dieta líquida 2. Outro tipo de dieta 9. Sem informação	
98. Prescrição de repouso no leito no trabalho de parto:	<input type="checkbox"/>
Não 1. Sim	
0.	
99. Prescrição de hidratação venosa no trabalho de parto:	<input type="checkbox"/>
(vá para 101)	
0. Não 1. Sim	

<p>100.Colocação de acesso venoso no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>101.Prescrição de antibióticos no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>102.Realização de tricotomia (raspagem dos pelos) na maternidade: 0. Não 1. Sim</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>103.Enteróclise/enema (lavagem intestinal) antes do parto: 0. Não 1. Sim</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>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</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p>105.Presença de partograma no prontuário: 0. Não (vá para 110) 1. Sim</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>106.Registro de dilatação do colo do útero no início do uso do partograma: 0. Não (vá para 108) 1. Sim</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>107.Quantos? (centímetros)</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ cm</p>
<p>108.Registro do número de toques no partograma: 0. Não (vá para 110) 1. Sim</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>109.Quantos?</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p>

<p>110.Prescrição de ocitocina durante o trabalho de parto: 0. Não (vá para 116) 1. Sim</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>111.Prescrição da ocitocina (anotar primeira prescrição antes do parto):</p>	

112. Número de ampolas de 5UI/500 ml soro		<input type="text"/> <input type="text"/>
113. N° de gotas/mim		<input type="text"/> <input type="text"/>
114. Velocidade de infusão ml/hora		<input type="text"/> <input type="text"/>
115. Dilatação do colo do útero no início da administração da ocitocina:		<input type="text"/> <input type="text"/> 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)		<input type="text"/> <input type="text"/>
117. Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor:		
118. Banho de chuveiro 1. Sim	0. Não	<input type="text"/>
119. Banho de banheira 1. Sim	0. Não	<input type="text"/>
120. Massagem 1. Sim	0. Não	<input type="text"/>
121. Bola 1. Sim	0. Não	<input type="text"/>
121.1. Banquinho 1. Sim	0. Não	<input type="text"/>
122. Cavalinho 1. Sim	0. Não	<input type="text"/>
123. Outros 125) 1. Sim	0. Não (vá para	<input type="text"/>

124. Qual: <hr/>	
125. Utilização de analgesia durante o trabalho de parto: 0. Não 1. Peridural 2. Raqui 3. Peri+Raqui (combinado) 4. Geral	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>
128. Dilatação do colo do útero no momento da ruptura de membranas no partograma / prontuário:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

6. Dados da Assistência ao Parto		
130. Dia do parto:	_ _ / _ _ / _ _	
131. Hora do parto:	_ _ horas _ _ min	
132. O acompanhante estava presente no parto: 9. Sem informação	0. Não 1. Sim	_
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: 2. Vácuo-extrator	0. Não 1. Fórceps	_
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 _ _ _
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(combinação) 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? _____

<p>149.2ª Informação do obstetra:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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) 	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

<ul style="list-style-type: none"> 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? _____

<p>153.4ª Informação do obstetra:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<input type="checkbox"/>
<ol style="list-style-type: none"> 25. Sem informação no prontuário 26. Outra (responda a 154) 	
<p>154.Outra. Qual? _____</p>	
<p>155.Tipo de anestesia:</p> <p style="text-align: center;">1.Peridural 2.Raqui3.Peri+Raqui(combinado)4. Geral</p>	<input type="checkbox"/>

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	0. Não	<input type="checkbox"/>
158. Respiração agônica (gasping) 0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
159. Frequência respiratória (FR) > 40 ou < 6 ipm 0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
160. Choque 0. Não 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
161. Oligúria não responsiva à hidratação e medicamentos 0. Não 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
162. Distúrbio de coagulação 0. Não 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
163. Icterícia na presença de pré-eclâmpsia 0. Não 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
164. Convulsões reentrantes/paralisia total 0. Não 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
165. AVC 0. Não 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
166. Perda da consciência maior que 12 horas 0. Não 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
167. Perda da consciência associada a ausência de pulso 0. Não 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
168. Apresentou alguma das seguintes alterações laboratoriais, em algum momento da internação:		
169. Saturação de O₂ < 90% por mais de 60 minutos 0. Não 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>

170. PaO ₂ /FiO ₂ < 200 mmHg 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
171. Creatinina ≥ 3,5 mg/dl 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
172. Bilirrubina > 6 mg/dl 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
173. pH < 7,1 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
174. Lactato/ Ácido láctico > 5 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
175. Trombocitopenia aguda (plaquetas < 50.000) 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
176. Perda de consciência associada à presença de glicose e cetoácidos na urina 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
177. Realizou algum dos seguintes tratamentos, em algum momento da internação:		
178. Uso contínuo de drogas vasoativas (dopamina, dobutamina, adrenalina) 0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
179. Histerectomia pós infecção ou hemorragia 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
180. Transfusão ≥ 5 unidades de hemácias 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
181. Diálise por insuficiência renal aguda 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
182. Intubação e ventilação mecânica ≥ 60 minutos não relacionada à anestesia 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
183. Ressuscitação cardiopulmonar 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>

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 córnica
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?

<p>207.4ª informação:</p> <ul style="list-style-type: none"> 01. Cesariana anterior/Iteratividade 02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) 03. Parada de Progressão 04. Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP) 05. Placenta prévia 	
--	--

<ul style="list-style-type: none"> 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) 	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

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. O ₂ 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 Sim	0. Não 1.	_
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 Sim	0. Não 1.	_

229.CPAP	0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
230.Ventilação mecânica	0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
231.Com 28 dias de vida estava em oxigenioterapia (qualquer tipo):	0. Não 1. Sim 8. Não estava mais internado	<input type="text"/>
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		<input type="text"/>
233.Indicação de internação em UTI neonatal:	0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
234.Internação em UTI neonatal:	0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
235.Utilização de surfactante: Sim	0. Não 1.	<input type="text"/>
236.Hipoglicemia (glicemia menor do que 40) nas primeiras 48h de nascido:	0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
237.Uso de antibiótico 1.Não usou		<input type="text"/>

2. Início 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	<input type="text"/>
239.Nível máximo de bilirrubina nas primeiras 72h de vida:		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dl 2 dígitos e 1 casa decimal
240.Apresentou malformação congênita?	0. Não 1. Sim	<input type="text"/>

241.Outros diagnósticos durante a internação:			
242. Taquipnéia transitória	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
243. Doença da membrana hialina	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
244. Síndrome de aspiração meconial	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
245. Hipertensão pulmonar	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
246. Convulsão	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
247. Enterocolite necrotizante	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
248. Toxoplasmose	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
249. Rubéola congênita	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
250. Herpes	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
251. Citomegalovírus	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
252. Sífilis congênita	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
253. Criança exposta ao HIV	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
254. Outros	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
255. Qual ? _____			
256. Uso de aleitamento materno exclusivo:	0. Não	1. Sim (vá para 258)	<input type="checkbox"/>
257. Outros alimentos que recebeu durante a internação:			
1. Água			<input type="checkbox"/>
2. Soro glicosado/ Glicose via oral (chuca com açúcar)			<input type="checkbox"/>
3. Leite humano ordenhado			<input type="checkbox"/>
4. Leite artificial			<input type="checkbox"/>
5. Nutrição Parenteral (NPT)			<input type="checkbox"/>

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)	<input type="checkbox"/>
259. Data da saída: (Se óbito, vá para 261; se alta, vá para 264)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
260. Hospital para onde foi transferido (nome, cidade, estado): _____	
260.1 Motivo da transferência: _____	
260.2 Data da transferência:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
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)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
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)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
262. Qual _____	
263. Número da declaração de óbito	<input type="text"/>

264. Peso do bebê na alta hospitalar, óbito ou aos 28 dias de nascido, se ainda internado. (em gramas)	_ _ _ _ _ _ _ _ g
--	--------------------------

265. Observações: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
