



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

FELIPA DAIANA BEZERRA

**CUIDADO NEONATAL EM SERGIPE: ESTRUTURA, PROCESSOS DE
TRABALHO E AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO *ESSENTIAL NEWBORN
CARE***

ARACAJU

2017

FELIPA DAIANA BEZERRA

**CUIDADO NEONATAL EM SERGIPE: ESTRUTURA, PROCESSOS DE
TRABALHO E AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO *ESSENTIAL NEWBORN
CARE***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe para Defesa do Mestrado em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Queiroz Gurgel

ARACAJU

2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Bezerra, Felipa Daiana

B574c

Cuidado neonatal em Sergipe: estrutura, processos de trabalho e avaliação dos componentes do Essential Newborn Care / Felipa Daiana Bezerra; orientador Ricardo Queiroz Gurgel. – Aracaju, 2017.

120 f. : il.

Dissertação (mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, 2017.

1. Recém-nascido. 2. Neonatologia. 3. Unidade de tratamento intensivo. 4. Hospitais de ginecologia e obstétrica - Sergipe. 5. Tratamento intensivo neonatal. I. Gurgel, Ricardo Queiroz, orient. II. Título.

CDU 616-053.3 (813.7)

FELIPA DAIANA BEZERRA

**CUIDADO NEONATAL EM SERGIPE: ESTRUTURA, PROCESSOS DE
TRABALHO E AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO *ESSENTIAL NEWBORN
CARE***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe para Defesa do Mestrado em Ciências da Saúde.

Aprovada em: ____ / ____ / ____

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Queiroz Gurgel

1º Examinador: Prof. Drª. Samir Buainaim Kassar

2º Examinador: Prof. Drª. Debora Cristina Fontes Leite

Suplente: Prof. Drª. Silvia de Magalhães Simões

RESUMO

CUIDADO NEONATAL EM SERGIPE: ESTRUTURA, PROCESSOS DE TRABALHO E AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO *ESSENTIAL NEWBORN CARE*, FELIPA DAIANA BEZERRA, 2017.

A organização da assistência perinatal, segundo o enfoque de risco, implica que toda gestante e recém-nascido sejam atendidos adequadamente no nível de complexidade que necessitam. O presente estudo teve por objetivo descrever a estrutura e os processos de atendimento à gestante e ao recém-nascido, incluindo os cuidados neonatais essenciais, das maternidades do Estado de Sergipe. Trata-se de um estudo transversal integrado à pesquisa *Nascer em Sergipe*: inquérito sobre *assistência* pré-natal, parto e puerpério, realizado entre junho de 2015 e abril de 2016 nas maternidades públicas, mistas e privadas de Sergipe que tiveram pelo menos 500 partos em 2014, totalizando 11 maternidades. Inicialmente foi aplicado um questionário aos gestores das unidades elegíveis sobre a estrutura e os processos de trabalhos existentes. Posteriormente, um número representativo de puérperas desses hospitais foi entrevistado e, após a alta, seus prontuários e os de seus recém-nascidos foram analisados. Os resultados mostraram que Sergipe dispõe de 78 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e 90 de Unidade Intermediária (UI) para atendimento da demanda espontânea e programada. Somente seis maternidades (54,5%) realizam a classificação de risco e quatro (36,3%) possuem protocolos para atendimento das parturientes de alto risco. Além disso, os componentes do *Essential Newborn Care* que correspondem a estratégias que têm o objetivo melhorar a saúde do recém-nascido em diferentes estágios, desde a concepção até o período pós-natal, estavam presentes em apenas 18% das mulheres que tiveram a presença do acompanhante em todos os momentos do parto, 41% que tiveram contato pele a pele precoce com seu filho e 33,1% que amamentaram na primeira hora de vida. Observou-se uma distribuição adequada de leitos de UTIN entre Capital e Interior levando-se em consideração a legislação vigente, baixa adesão aos protocolos das emergências hipertensivas e hemorrágicas; houve baixa cobertura também em relação às políticas de humanização, classificação de risco para a gestante e às práticas do *Essential*

Newborn Care, principalmente o contato pele a pele precoce e a amamentação na primeira hora de vida.

Descritores: Estrutura dos Serviços; Recém-Nascido; Neonatologia; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Assistência Perinatal.

ABSTRACT

NEONATAL CARE IN SERGIPE: STRUCTURE, PROCESSES AND AVALIATION OF ESSENTIAL NEWBORN CARE, FELIPA DAIANA BEZERRA, 2017.

It is understood that the organization of perinatal care, according to the risk approach, implies that every pregnant and newborn are adequately cared for at the level of complexity they need. The purpose of the present study was to describe the structure and processes of care for pregnant women and newborns, including essential neonatal care, in maternity hospitals in the State of Sergipe. It is an integrated cross-sectional study to the research *Born in Sergipe: survey about pre - natal, delivery and puerperium*, conducted between June 2015 and April 2016 in public, mixed and private hospitals of Sergipe that had performed a minimum of 500 births in 2014, totaling 11 hospitals. Initially, a questionnaire was administered to managers of the eligible units on the existing structure and work processes. Subsequently, a representative number of postpartum women from these hospitals were interviewed and, after discharge, their medical records and those of their newborns were analyzed. The results showed that Sergipe has 78 beds of Neonatal Intensive Care Unit (NICU) and 90 Units of Intermediate Unit (UI) to meet spontaneous and programmed demand. Only six maternity hospitals (54.5%) performed the risk classification, and four (36.3%) had protocols for attending high-risk deliveries. Moreover, regarding components of the *Essential Newborn Care* corresponding strategies which aim to improve the health of the newborn at different stages, from conception to the postnatal period, only 18% of women had the presence of Companion always for delivery, 41% had skin-to-skin contact early with their child and 33.1% breastfed in the first hour of life. It was observed an adequate distribution of NICU beds between Capital and Interior considering the current legislation, low adherence to protocols of hypertensive and hemorrhagic emergencies; there was low coverage also for the humanization policies, risk rating for the pregnant woman and practices of *Essential Newborn Care*, especially the skin - to - skin contact and breastfeeding in the first hour of life.

Key-words: Structure of the Services; Infant, Newborn; Neonatology; Neonatal Intensive Care Units; Neonatal Intensive Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DA LITERATURA	11
3 OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo geral	17
3.2 Objetivos específicos	17
4 CASUÍSTICA E MÉTODOS	18
4.1 Desenho do estudo	18
4.2 Local do estudo	18
4.3 Instrumento de coleta dos dados	18
4.4 Coleta dos dados	19
4.5 Análise estatística	20
4.6 Considerações éticas	20
5 RESULTADOS	21
6 DISCUSSÃO	27
7 CONCLUSÃO	37
8 REFERÊNCIAS	39
9 APÊNDICE A - TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	44
10 ANEXO A - QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA	46
11 ANEXO B - QUESTIONÁRIO HOSPITALAR - PUÉRPERA	57
12 ANEXO C - QUESTIONÁRIO HOSPITALAR - PRONTUÁRIO	101
13 ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	120

1 INTRODUÇÃO

Um dos principais objetivos da neonatologia é a redução da mortalidade e morbidade perinatais garantindo uma sobrevivência ao recém-nascido (RN) nas melhores condições possíveis. Para que tal objetivo seja alcançado são necessárias estruturas adequadas para atender a gestante, principalmente quando a gestação for classificada como de alto risco (TRAGANTE et al., 2010).

A partir da metade do século XX, vem sendo incentivada a regionalização das unidades de saúde que assistem grávidas e RN, bem como o transporte da gestante de alto risco para centros especializados, garantindo, cuidados médicos compatíveis com as suas necessidades e de maior complexidade quanto maior for a gravidade do caso. Sua implantação sempre tem provocado uma redução tanto da mortalidade quanto das sequelas em longo prazo para o RN, porém os países de média e baixa renda ainda não atingiram o nível mínimo necessário para oferecer serviços de saúde suficientes para a demanda (TRAGANTE et al., 2010).

Todavia, a existência de um sistema de atenção perinatal efetivamente regionalizado e hierarquizado não é uma realidade para o Brasil como um todo, embora alguns avanços localizados tenham ocorrido e contribuído para a redução das mortalidades neonatais e maternas. Políticas públicas tentam reverter esse panorama com o objetivo de organizar a saúde perinatal destacando-se ações do Ministério da Saúde na década de 90: o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o Atendimento à gestante de alto risco e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (CARVALHO, GOMES, 2005) e mais recentemente a implantação da Rede Cegonha que propõe mudanças no modelo de atendimento ao parto e nascimento com a atuação de equipes multiprofissionais, utilização de protocolos e monitoramento de indicadores de saúde com financiamento baseado no alcance de metas (LANSKY et al, 2014).

Entende-se que a organização da assistência perinatal, segundo o enfoque de risco, implica que toda gestante e recém-nascido sejam atendidos adequadamente no nível de complexidade que necessitam (BRASIL, 1991) e, para isso, é imprescindível a existência de uma estrutura que garanta o suporte de especialidades e procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários a cada caso, além do seguimento de protocolos construídos com base na melhor evidência científica disponível (MOREIRA; LOPES; CARVALHO, 2004).

Muitos são os aspectos que contribuem para a morbimortalidade materna e neonatal; dentre eles pode-se destacar a carência de leitos, falta de continuidade entre o pré-natal e atendimento ao parto bem como do atendimento ao neonato, além das intercorrências evitáveis no atendimento neonatal (GOMES; LOPES; MOREIRA, 2005). Vale ressaltar que no Brasil, menos da metade dos estabelecimentos de saúde possuem unidades de cuidados intensivos neonatais (UTIN), mostrando, dessa forma, uma necessidade de ampliação de serviços mais complexos e especializados para este segmento (RISSO; NASCIMENTO, 2010).

De acordo com estudos de Parada e Carvalhaes (2007) as maternidades brasileiras ainda apresentam sérias deficiências estruturais que incluem problemas na capacidade física, que não permitem a humanização da assistência, além de desempenho insatisfatório no controle não farmacológico da dor e no incentivo ao contato pele a pele precoce entre mãe e bebê. Ainda são encontradas, no Brasil, maternidades que não possuem unidade de reanimação neonatal, pediatra diarista nos berçários, além da insuficiência de equipamentos, principalmente incubadoras e berços aquecidos (COSTA et al., 2004).

Nesse sentido, ao considerar que salvar mães e recém-nascidos é raramente o resultado de uma única intervenção, mas de uma rede complexa de ações interligadas (WAISMA et al., 2015), cita-se o importante documento internacional *Essential Newborn Care* (ENC) que é definido como um conjunto de práticas que ajudam a reduzir a mortalidade neonatal, dentre as quais se destacam: o aleitamento materno na primeira hora de vida, contato pele a pele precoce entre mãe e recém-nascido para evitar hipotermia, uso do partograma com a finalidade de acompanhar a evolução do trabalho de parto e os cuidados com o cordão umbilical, entre outras (NARAYANAN et al., 2004). Todavia, apesar de eficazes e respaldadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1994, a maioria dessas práticas ainda não está acessível a uma grande quantidade de recém-nascidos (SAAKA; IDDRISU, 2014).

Diante da problemática da saúde perinatal brasileira especialmente nas regiões Norte e Nordeste associado ao fato do Estado de Sergipe não possuir estudos dessa magnitude, o presente trabalho objetivou avaliar as características do cuidado perinatal em Sergipe, a partir da apreciação da estrutura e dos processos de trabalho, incluindo as práticas do *Essential Newborn Care* nas maternidades do Estado.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Na segunda metade do século XX o desenvolvimento e a crescente disseminação de intervenções ligadas ao cuidado perinatal foram responsáveis por decréscimos significativos da mortalidade neonatal, inclusive dos prematuros. Essa mudança de cenário não foi homogênea nas várias regiões mundiais, culminando em um cenário de acentuadas diferenças entre as taxas de mortalidade neonatal (GOMES, 2005).

No Brasil, nas últimas décadas, houve expressiva redução da taxa de mortalidade infantil. Entretanto, 70% dessas mortes ocorrem justamente no período neonatal, o que torna a adequação do cuidado ao recém-nascido um dos principais desafios para diminuição da mortalidade infantil na população brasileira (BRASIL, 2014). Esta situação também é encontrada em outros países em desenvolvimento, cuja redução anual da mortalidade neonatal é quase insignificante (LAWN; DAVIDGE; PAUL, 2013).

Os óbitos neonatais representam 44% da mortalidade infantil no mundo; durante o primeiro mês de vida cerca de 2,8 milhões de recém-nascidos vão a óbito, sendo que a maioria dessas mortes ocorrem nos países em desenvolvimento (CARLO, TRAVERS, 2016). No Brasil, a taxa de mortalidade neonatal caiu 28% entre 1990 e 2009, sendo seu percentual de 38,3% na Região Nordeste e 30,5% na Região Sudeste (RODRIGUES et al., 2016).

Nas últimas décadas houve declínio de 67% do coeficiente de mortalidade infantil que passou de 85,6 óbitos por mil nascidos vivos em 1980 para 28,6/ 1000 nascidos vivos em 2001, com redução significativa da mortalidade pós-natal. Tal redução é atribuída, dentre outros fatores, à ampliação dos serviços de saúde. Tradicionalmente, a mortalidade neonatal tem sido considerada a de mais difícil controle visto que está intimamente ligada à qualidade da assistência nos serviços de saúde, durante o trabalho de parto e no atendimento à criança no nascimento (BRASIL, 2004).

Foi observado que, para o conjunto das capitais brasileiras, 56,5% dos óbitos maternos foram por causas obstétricas diretas, com predomínio dos distúrbios hipertensivos e das hemorragias, responsáveis por 9% dos óbitos; o Brasil vem apresentando cifras superiores a 70 óbitos/ 100.000 nascidos vivos, portanto alcançar o padrão definido pela OMS de 10 a 20 óbitos maternos/ 100.000 nascidos

vivos mostra-se uma tarefa que demandará muitos esforços (REIS, PEPE, CAETANO, 2011).

A mortalidade materna é considerada evitável em 92% dos casos. Assim, a morte materna reflete a existência de problemas relacionados à assistência ao ciclo gravídico puerperal. Tais óbitos devem ser encarados como reflexos de cuidados com o parto e pós-parto precários (PARADA; CARVALHAES, 2007). Em 2002, a razão de morte materna brasileira obtida a partir de óbitos declarados utilizando o fator de correção foi de 74,5 óbitos maternos para cada 100.000 nascidos vivos enquanto em países desenvolvidos os valores são de 6 a 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos; quanto às causas, predominam as obstétricas diretas seguidas pelas infecções puerperais, aborto e complicações do aparelho cardiovascular ocasionados pela gravidez, parto ou puerpério (BRASIL, 2004).

No Brasil, as diferenças regionais quanto ao acesso e a oferta dos serviços de saúde são significativas, refletindo em resultados perinatais discrepantes; 97% dos partos ocorrem em ambiente hospitalar sendo que 77% destes são assistidos por médicos; no entanto, uma grande proporção de mortes neonatais ocorrem na primeira hora de vida e 30% nas primeiras 24h de vida, o que sugere a importância de se ter hospitais bem estruturados (LANSKY, FRANÇA, KAWACHI, 2007).

Mais da metade das mortes maternas e neonatais ocorrem durante internação para parto/nascimento. A conduta adequada é tomada quando não há tempo hábil para que seja eficaz sendo reflexo da inexistência de leitos ou sistema de referência formalizado para o parto, obrigando mulheres a peregrinarem em busca de vagas, especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste. Diante disso mostra-se a necessidade de adotar algumas estratégias como: regionalizar a assistência ao parto de maneira a ampliar o cadastro de leitos de UTI neonatal e adulto, além de implantar leitos de UTI e semi-intensivos nos hospitais de referência para gravidez de alto risco (BRASIL, 2004).

A rede assistencial para gestante e recém-nascido deve ser integrada, hierarquizada e regionalizada, de forma a garantir que todos os estabelecimentos de saúde que realizem partos sejam estruturados para atender de forma resolutiva as complicações que possam surgir, dispondo de equipamentos, insumos e equipe capacitada. No entanto, o cenário brasileiro mostra uma concentração de serviços terciários nas capitais, com carência de alta complexidade nos demais municípios fazendo com que os leitos nas capitais sejam insuficientes para a demanda,

culminando em períodos de superlotação com prejuízos para segurança e qualidade da assistência prestada, mostrando uma clara falta de articulação entre as áreas de formulação e execução das ações de saúde (LANSKY et al., 2006).

A regionalização ao atendimento seria “um programa cooperativo visando através do esforço coordenado dos prestadores de serviço de saúde de uma determinada região, intervir no processo reprodutivo colocando à disposição do recém-nascido o nível de cuidado adequado à sua morbidade ou risco de vida”. Um programa de regionalização só pode ser realizado com a criação de serviços de referências dotados de recursos especializados concentrados (UTIs) estrategicamente, amplamente disponíveis aos serviços dotados de menos recursos da região (BRASIL, 2010).

O programa de regionalização tem como alguns dos seus objetivos: intervir precocemente em eventuais patologias reduzindo a morbidade, encaminhar patologias mais graves para tratamento nos centros de maiores recursos, possibilitar o nascimento de recém-nascidos mais graves nos centros dotados de maiores recursos; tais ações pretendem reduzir a quase zero os níveis de mortalidade materna e neonatal. Para que a regionalização seja efetiva é necessário primeiramente que se demarque a área atendida, que seja feito o levantamento dos problemas levando-se em consideração as maternidades da região, apurando o número total de partos, incidência dos nascimentos de baixo peso e muito baixo peso e os índices de mortalidade neonatal hospitalar; a partir daí cria-se um mecanismo de referência e contra referência que permitirá a hierarquização dos Serviços de Saúde em 3 níveis de atenção: Primário, Secundário e Terciário (BRASIL, 2010).

Neste contexto, com o objetivo de fortalecer as políticas públicas da saúde perinatal é criada a Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito de planejamento reprodutivo e atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. A rede organiza-se a partir de 4 componentes: o Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção à Saúde da criança e Sistema Logístico (BRASIL, 2004).

No componente Parto e Nascimento, a Rede Cegonha destaca a suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UI e Canguru) de acordo com as

necessidades regionais, práticas de atenção a saúde baseada em evidências científicas nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde de 1996 “Boas práticas de atenção ao parto e nascimento” que engloba a garantia de acompanhante durante o acolhimento, trabalho de parto, parto e pós parto imediato, realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal (BRASIL, 2004).

Serviços de saúde bem estruturados e eficientes são imprescindíveis para a redução das mortes neonatais, porém as aplicações de algumas intervenções em diferentes momentos da gestação são igualmente importantes. Pode-se citar o uso do ácido fólico no pré-natal, uso de antibióticos nos partos prematuros com ruptura de membrana e, no momento do nascimento, destacam-se as manobras de reanimação (DARMSTADT et al., 2005).

Condições hospitalares desfavoráveis são prejudiciais para os recém-nascidos, inclusive para os que nascem com o peso adequado; sendo assim, torna-se importante que sejam feitas avaliações contínuas da infraestrutura hospitalar, visto que no Brasil apenas uma pequena parcela dos nascimentos ocorre fora do ambiente hospitalar (COSTA et al., 2004), associado ao fato de que além da desorganização do sistema de saúde na oferta de leitos obstétricos e neonatais são também observadas a precariedade estrutural hospitalar e a baixa qualidade técnica no atendimento perinatal oferecido no país (LEAL; THEME; MOURA, 2015).

Sabe-se que há uma associação entre profissionais capacitados e estruturas adequadas e a prestação de uma assistência segura à mulher e ao recém-nascido; inadequações nas estruturas hospitalares interferem na qualidade da assistência prestada, gerando, dessa forma, grandes chances para desfechos indesejáveis (BITTENCOURT et al., 2014). Alguns estudos apontam falhas na assistência perinatal no Brasil no tocante a estrutura hospitalar e perfil dos nascimentos nos estabelecimentos de saúde (LANSKY et al., 2006); em pesquisas mais específicas de avaliação da qualidade técnico científica dos serviços perinatais os achados encontrados variaram de não disponibilidade e inadequação até uso inapropriado de tecnologias (GOMES, 2005).

De acordo com a Portaria número 930 do Ministério da Saúde de 2012 a unidade neonatal é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral do recém-nascido grave ou potencialmente grave dotado de estruturas assistenciais

capazes de prestar uma assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos (BRASIL, 2012).

Ainda de acordo com esta Portaria, caso os recém-nascidos necessitem de cuidados específicos de unidade neonatal e que estejam em locais que não dispõem dessas unidades, devem ser transferidos, após sua estabilização, com transporte adequado e por profissional habilitado. O número de leitos de unidade neonatal atenderá aos seguintes parâmetros: para cada 1000 nascidos vivos poderão ser contratados 02 leitos de UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal), 02 leitos de UCINCo (Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional), 01 leito de UCINCa (Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru).

As regiões Norte e Nordeste do Brasil mostram grandes inadequações na estrutura hospitalar, principalmente no quesito equipamentos de emergência; grande proporção dos hospitais não apresentou o conjunto completo para reanimação neonatal, o que reflete os altos níveis de mortalidade neonatal nessas regiões. Menos de 20% dos estabelecimentos de saúde onde ocorrem partos, públicos, mistos ou privados no Brasil possuem leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) em sua infraestrutura (BITTENCOURT et al., 2014).

Estima-se que mais de 70% dos óbitos neonatais podem ser evitados desde que as recomendações do ENC sejam implementadas; no entanto a cobertura dessas práticas ainda é considerada baixa e desigual, associado ao fato de que grande parcela dos partos ocorre em unidades de saúde inadequadas (DHADED et al., 2015).

O projeto “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento” foi desenvolvido com o objetivo de conhecer os determinantes, a magnitude e os efeitos decorrentes da cesariana desnecessária no Brasil, bem como descrever as complicações imediatas para os recém-nascidos, incluindo a internação em UTI Neonatal. Com esse estudo procurou-se conhecer melhor a atenção ao pré-natal, ao parto, nascimento e puerpério no Brasil, além de estimar a prevalência de prematuridade e incidência de complicações clínicas imediatas ao parto e após o parto para as mães e recém-nascidos, além de descrever a prevalência de morbidade materna grave (*near miss* materno) bem como permitiu desenvolver o conceito de morbidade neonatal grave (*near miss* neonatal). Dados importantes foram extraídos desta pesquisa como ¼ das gestantes foi considerada de risco, 59%

foram orientadas sobre maternidade de referência e 16% procuraram mais de um serviço para a admissão para o parto (BITTENCOURT, 2014).

A qualidade da assistência precisa ser discutida e repensada no cotidiano do trabalho em saúde. Os aspectos estruturais são importantes, mas não garantem que o processo de trabalho seja desempenhado de maneira adequada; a avaliação da qualidade da assistência hospitalar e ao parto e nascimento merece maior aprofundamento (LANSKY et al., 2006).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral:

- Descrever a estrutura e os processos de cuidados perinatais nas maternidades do Estado de Sergipe.

3.2 Específicos:

- Verificar se a estrutura das unidades neonatais atende às necessidades da população neonatal;
- Identificar os processos de trabalho de atendimento à gestante nas unidades pesquisadas;
- Descrever a distribuição dos leitos neonatais conforme localização geográfica e tipo de financiamento;
- Constatar a disponibilidade de equipamentos e insumos exigidos pela legislação brasileira nas unidades investigadas;
- Verificar a execução das práticas sugeridas pelo *Essential Newborn Care* nas maternidades de Sergipe;
- Comparar as práticas sugeridas pelo *Essential Newborn Care* de acordo com a localização da maternidade e o seu perfil de financiamento.

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal realizado entre junho de 2015 e abril de 2016 e integrado ao *Projeto Nascer em Sergipe: inquérito sobre assistência pré-natal*.

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada nas maternidades de financiamento público, misto e privado do Estado de Sergipe onde ocorreram pelo menos 500 partos no ano de 2014, totalizando 11 maternidades. Todos os procedimentos metodológicos, de cálculo do tamanho da amostra, de participantes e procedimentos de seleção foram baseados na pesquisa Nascer no Brasil (LEAL et al., 2012).

4.3 Instrumento de coleta dos dados

Em um primeiro momento, os dados sobre estrutura das maternidades de Sergipe foram coletados por meio da aplicação de um questionário (ANEXO A) com o objetivo de conhecer a estrutura das unidades neonatais bem como seus processos de trabalho, preenchido durante entrevista pessoal com os gestores dos estabelecimentos pesquisados. Foram avaliados 4 domínios:

- a. Infraestrutura: disponibilidade de leitos de UTIN e UI, localização geográfica das maternidades e dos leitos de terapia intensiva neonatal, presença de unidades de apoio como banco de sangue ou agência transfusional, acesso a leite humano ordenhado, disponibilidade de ambulância para transporte, processos de trabalhos existentes (adesão aos protocolos de eclâmpsia, pré-eclâmpsia e hemorragia, presença de classificação de risco nas maternidades, políticas de humanização),
- b. Perfil dos recursos humanos: formação dos coordenadores médicos e de enfermagem, existência de coordenadores médicos e de enfermagem com especialização em obstetrícia ou neonatologia e presença de pediatra em sala de parto durante 24 horas ininterruptas.
- c. Medicamentos disponíveis: betabloqueadores, metildopa, hidralazina, nifedipina, corticoesteróides, misoprostol, inibidores da contratilidade

uterina, sulfato de magnésio, antihemorrágico, nitrato de prata, imunoglobulina anti-D (Matergan), surfactante.

- d. Materiais de reanimação tanto materno (laringoscópio, balão auto-inflável, ventilador mecânico) quanto neonatal (laringoscópio, balão auto-inflável, ventilador mecânico, berço aquecido ou fonte de calor radiante para o recém-nascido, sondas de aspiração, tubos orotraqueais, estetoscópio, adaptador para aspiração de mecônio).

Outros instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram os questionários aplicados às puérperas e o questionário para análise dos prontuários das puérperas e seus respectivos recém-nascidos (ANEXOS B e C).

4.4 Coleta dos dados

O questionário utilizado foi o mesmo aplicado e elaborado pela Fiocruz na Pesquisa Nascer no Brasil (BITTENCOURT et al., 2014). O mesmo foi desenvolvido baseado na legislação vigente RDC/ Anvisa nº 36 de 3 de junho de 2008, RDC/ Anvisa nº50, de 21 de fevereiro de 2002, Portaria GM/MS nº1.091, de 25 de agosto de 1999, Portaria GM/MS nº 1.071, de 4 de julho de 2005, Portaria GM/MS nº 2.418 de 2 de dezembro de 2005. Portaria GM/MS nº 2.418 de 2 de dezembro de 2005. O questionário foi aplicado por um único entrevistador junto a cada gestor das unidades elegíveis para a pesquisa.

Após entrevista com os gestores foi realizada entrevista com as puérperas das maternidades elegíveis e, após sua alta, foram analisados seus prontuários bem como de seus recém-nascidos (ANEXOS B e C); a amostra foi obtida por meio de cálculo amostral, totalizando 768 sujeitos. Nessa segunda etapa foram excluídas as puérperas que não falavam português, apresentavam algum tipo de incapacidade física ou mental para responder aos questionamentos, que tiveram parto em trânsito ou puérperas que se recusaram a participar da pesquisa.

Os componentes do ENC correspondem a estratégias que têm por objetivo melhorar a saúde do recém-nascido em diferentes estágios: antes da concepção, durante a gravidez, imediatamente ao nascimento e finalmente no período pós-natal (WAISMA et al., 2015). Sob essa visão, os itens investigados foram: número de consultas realizadas no pré-natal, orientação quanto a maternidade de referência

para o parto, uso de corticoide antenatal em casos de trabalho de parto prematuro ou risco elevado de parto prematuro entre 26 e 34 semanas, uso de partograma, presença de acompanhante em todos os momentos do parto, contato pele a pele precoce e aleitamento na primeira hora de vida.

As entrevistas com as puérperas e análise de prontuários foram realizadas por alunos bolsistas contratados pelo projeto com verba obtida em edital PROEXT 2014 do MEC. Foi feito treinamento dos coletadores para garantir uniformidade das informações colhidas.

4.5 Análise estatística

Foram utilizadas análises univariada e bivariada para obtenção da distribuição dos valores de frequência e de porcentagem. Utilizou-se também o teste Qui-quadrado para investigar as associações entre as variáveis categóricas com significância $< 0,05$. Para as categorias com células de baixa frequência, foi utilizado o teste Exato de Fisher considerando o mesmo nível de significância. Análise realizada no programa *IBM® SPSS - Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20 para Windows.

4.6 Considerações Éticas

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, sob parecer nº 453.279/2013, com o CAAE 22488213.4.0000.5546. Tanto os gestores quanto as puérperas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) com garantia de recusa a qualquer momento, sem sofrer quaisquer danos.

5 RESULTADOS

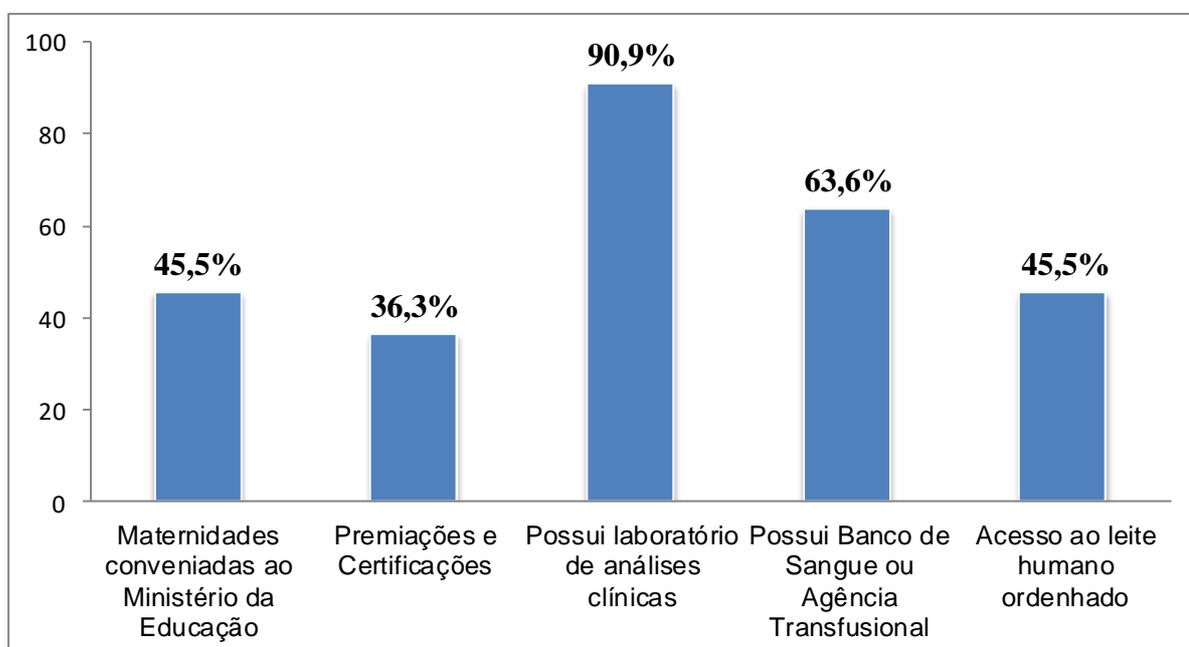
Das 11 maternidades estudadas, quatro estão localizadas na capital. Quanto ao financiamento, uma (9,1%) maternidade foi classificada como mista, duas (18,2%) como privadas e oito (72,7%) como públicas.

Campo de ensino, certificações e unidades de apoio

Dez maternidades (90,9%) possuem laboratório de análises clínicas e patologia e sete (63,6%) têm banco de sangue ou agência transfusional, sendo quatro delas na capital (57,2%). Em relação ao acesso ao leite humano ordenhado, apenas quatro instituições (36,3%) afirmaram sempre ter acesso ao serviço e uma (9,1%) relatou ter acesso esporádico. Dos estabelecimentos que não têm acesso, 83,3% estão localizadas no interior do estado (Figura 1).

Todos os estabelecimentos pesquisados possuem acesso à ambulância, seja particular ou SAMU, em caso de necessidade de transporte da gestante, puérpera ou recém-nascido.

Figura 1 – Resultados da análise sobre campo de ensino, certificações e unidades de apoio das maternidades públicas, privadas e mistas do Estado (n= 11). Sergipe, Brasil, 2015/2016.



Processos de trabalhos existentes

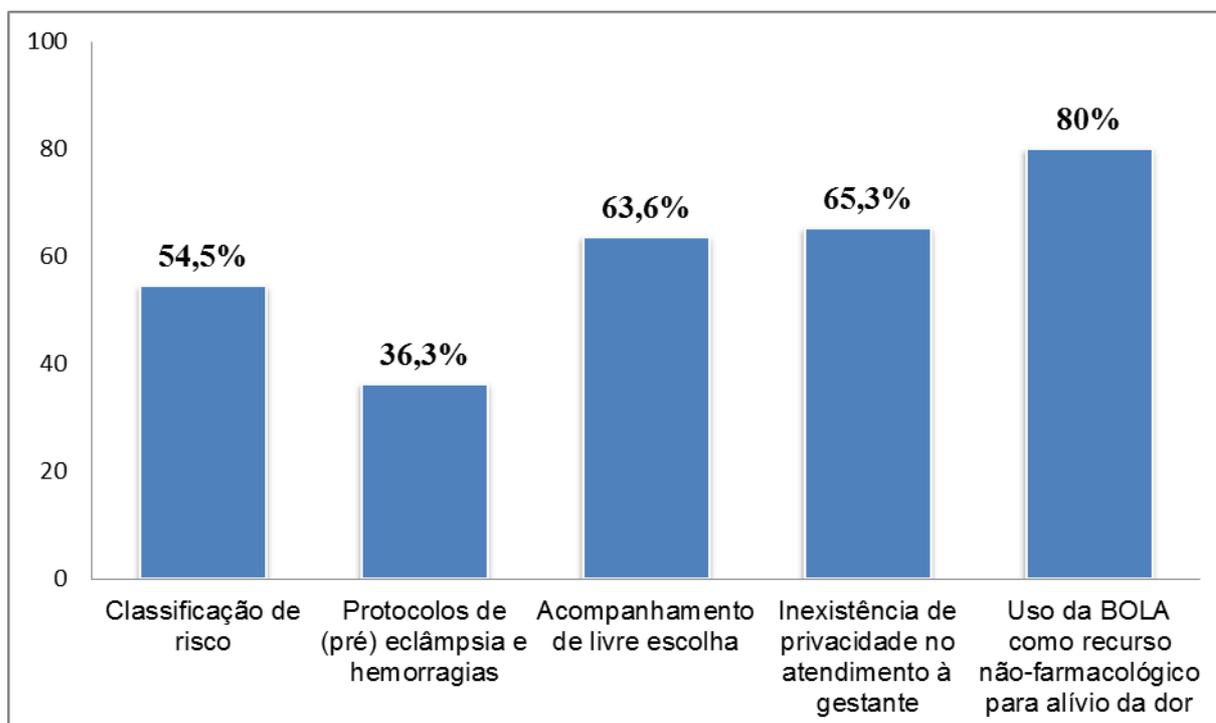
A classificação de risco para as gestantes é realizada em apenas seis instituições (54,5%) e os profissionais que a executam são o enfermeiro, o

enfermeiro obstetra e/ou o médico obstetra. Os protocolos de eclâmpsia, pré-eclâmpsia e hemorragias estão presentes em quatro maternidades (36,3%), porém parcialmente aderidos pela equipe dessas instituições (Figura 2).

Quanto às políticas de humanização do parto, a opção do parto verticalizado (cócoras ou barra fixa) foi encontrada apenas em três maternidades (27,2%) e o acompanhante de livre escolha da mulher só é permitido integralmente em 7 estabelecimentos pesquisados (63,6%). As demais maternidades (36,4%) permitem somente acompanhantes do sexo feminino em situações específicas, como gestante menor de idade, com distúrbios psiquiátricos ou deficiência física (Figura 2).

O uso de recursos não farmacológicos para dor (bola, cavalinho, escala de Ling, barra fixa) foi mencionado em cinco maternidades (45,4%), sendo a bola o recurso mais utilizado (80%). Em relação à privacidade no atendimento à gestante, puérpera e parturiente, em três (27,2%) maternidades é inexistente, em sete (63,6%) é parcial (box, cortinas ou biombos) e em uma (9,1%) é completa, com sala individual e porta. Nas unidades que possuem UTIN e UI em funcionamento, apenas uma relatou não ter restrição de horário para visita dos pais (Figura 2).

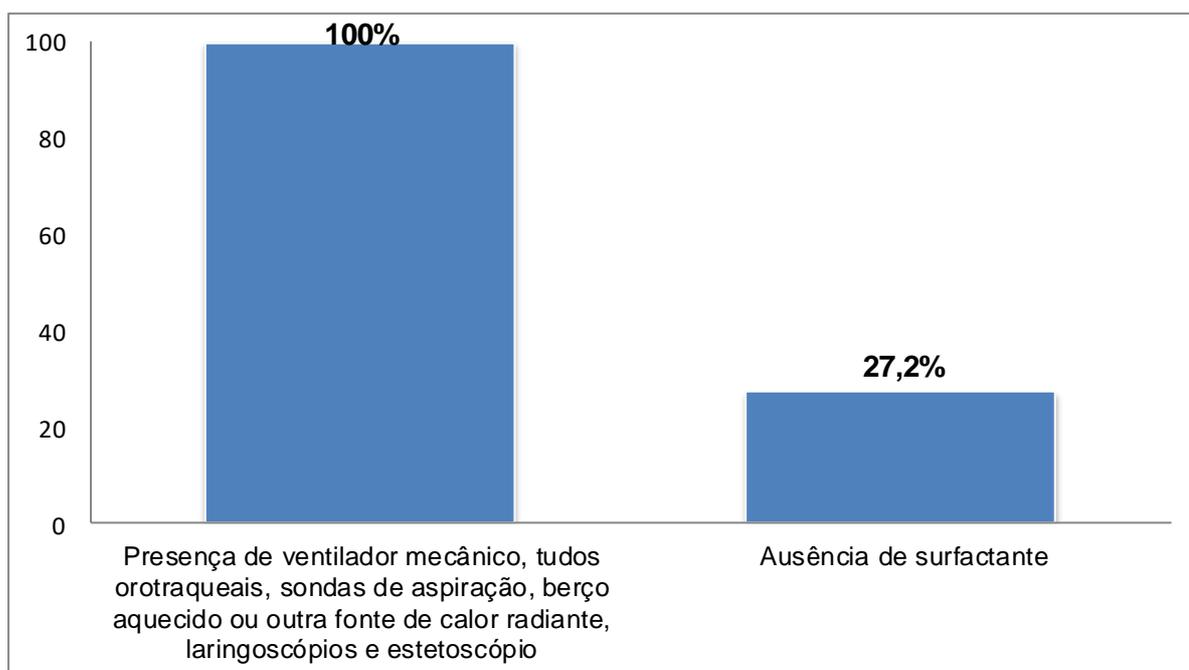
Figura 2 – Resultados da análise sobre os processos de trabalhos existentes nas maternidades públicas, privadas e mistas do Estado (n= 11). Sergipe, Brasil, 2015/2016.



Disponibilidade de equipamentos e medicamentos

Ventilador mecânico, tubos orotraqueais, sondas de aspiração, dispositivos para aspiração de mecônio berço aquecido ou outra fonte de calor radiante para o recém-nascido, laringoscópio e estetoscópio estão presentes em 100% das unidades pesquisadas. Dos medicamentos pesquisados foi constatada a ausência de surfactante em três maternidades (27,2%), Hidralazina comprimido em duas maternidades (18,1%), Metil ergometrina comprimido em 1 maternidade (9%), e em quatro maternidades pesquisadas foi constatada a falta de Nitrato de Prata (36,3%) (Figura 3).

Figura 3 – Resultados da análise sobre a disponibilidade de equipamentos e medicamentos nas maternidades públicas, privadas e mistas do Estado (n= 11). Sergipe, Brasil, 2015/2016.

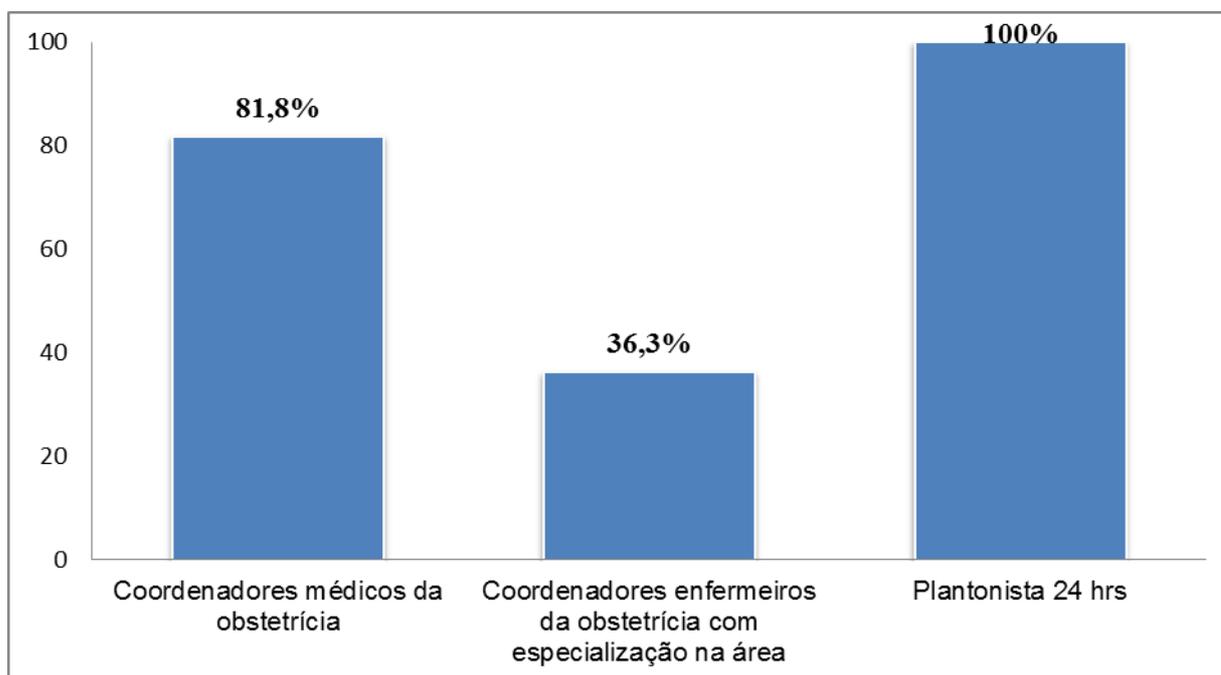


Formação dos coordenadores médicos e de enfermagem e recursos humanos

Os coordenadores médicos da área de obstetrícia estão presentes em 9 maternidades (81,8%); os coordenadores enfermeiros da área de obstetrícia e neonatologia estão também presentes em 9 maternidades, mas apenas quatro deles (44,4%) possuem especialização em obstetrícia ou neonatologia (Figura 4).

Quanto à organização dos plantões da equipe médica (obstetra, neonatologista ou pediatra e anestesista), 100% das maternidades trabalham com regime de plantonistas de 24 horas (Figura 4).

Figura 4 – Resultados da análise sobre a formação dos coordenadores médicos e de enfermagem e recursos humanos nas maternidades públicas, privadas e mistas do Estado (n= 11). Sergipe, Brasil, 2015/2016.



Disponibilidade de leitos de UTI Neonatal e Unidade Intermediária

Foram identificados 78 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e 90 de Unidade Intermediária (UI) em funcionamento em Sergipe, com maior concentração na capital do estado (UTIN: 100%; UI: 75,5%) e similarmente distribuídas entre serviço público e privado (UTIN: 43,6% x 56,4%; UI: 52,2% x 47,8%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição proporcional dos fatores relacionados à estrutura e processos de trabalho das maternidades públicas, privadas e mistas do Estado (n= 11). Sergipe, Brasil, 2015/2016.

Maternidade - Financiamento - Localização	Estrutura			
	Leitos de UTIN		Leitos de UI	
	N	%	N	%
A (Pública–Capital)	34	43,6	25	27,8
B (Mista–Capital)	30	38,5	30	33,3
C (Privada–Capital)	5	6,4	0	0
D (Privada–Capital)	9	11,5	13	14,4
E (Pública–Interior)	0	0	4	4,5
F (Pública–Interior)	0	0	12	13,3
G (Pública–Interior)	0	0	6	6,7
H (Pública–Interior)	0	0	0	0
I (Pública–Interior)	0	0	0	0
J (Pública–Interior)	0	0	0	0
K (Pública–Interior)	0	0	0	0
Total	78	100	90	100

Nota: Maternidades nomeadas em ordem alfabética visando à privacidade das instituições.

Quanto à cobertura dos componentes do ENC, foi observado que 74,8% das mulheres realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal e que 61,5% receberam orientações sobre a maternidade de referência para o parto durante esse processo, principalmente entre as que utilizaram o serviço privado ($p < 0,05$) (Tabela 2).

.Apenas 18% das parturientes tiveram a presença do acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto, com os maiores percentuais relacionados aos serviços privados (42,1%) e aos partos na capital (22,1%). O uso do corticoide antenatal entre 26 e 34 semanas obteve baixa cobertura independente do financiamento, porém com percentuais mais baixos nas maternidades públicas do interior (22% e 11, 1% respectivamente); no que se refere ao uso do partograma, presente em 27,1% do total de partos, os maiores percentuais foram observados no interior (41,4%) e no serviço público (30,3%) ($p < 0,05$) (Tabela 2).

Verificou-se, também, que 41% tiveram contato pele a pele precoce e 33,1% amamentaram na primeira hora de vida. Os maiores percentuais de contato pele a pele precoce estão relacionados aos partos realizados na capital (48,5%), enquanto

que a amamentação na primeira hora de vida foi mais frequente no serviço público (37,6%) e em unidades fora da capital (42,3%) ($p < 0,05$). (Tabela 2).

A tabela 2 mostra a distribuição proporcional dos componentes do *Essential Newborn Care* de acordo com tipo de financiamento e localização das maternidades.

Tabela 2 – Distribuição proporcional dos componentes do *Essential Newborn Care* de acordo com o tipo de financiamento e localização das maternidades (n = 768). Sergipe, Brasil, 2015/2016.

Variáveis	Tipo de serviço		Valor de p	Local do nascimento		Valor de p	Total (n= 768) %
	Público %	Privado %		Capital %	Interior %		
Realizou ≥ 6 consultas de pré-natal							
Sim	75,2	90,3	0,001	79,4	74,8	0,134	74,8
Orientada no pré-natal sobre maternidade de referência para o parto							
Sim	57,3	69,2	0,001	68	53,6	<0,001	61,5
Uso de corticoide							
Sim	22,2	50	*0,447	36,4	11,1	*0,319	23,9
Uso de partograma							
Sim	30,3	7,4	<0,001	15,4	41,4	<0,001	27,1
Teve acompanhante em todos os momentos							
Sim	14,1	42,1	< 0,001	22,6	12,2	<0,001	18
Contato pele a pele precoce							
Sim	40,8	42,6	0,719	48,5	31,9	<0,001	41
Aleitamento na primeira hora de vida							
Sim	37,6	5,6	<0,001	25,5	42,3	<0,001	33,1

Nota: *Teste Exato de Fisher

6 DISCUSSÃO

Esforços globais para reduzir a mortalidade materna e neonatal estão sendo implementados pela Organização Mundial de Saúde e Nações Unidas. As taxas mundiais têm sido reduzidas consideravelmente, porém as metas definidas pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio ainda não foram alcançadas (CARLO; TRAVERS, 2016).

Sergipe é um estado do Nordeste do Brasil com uma população estimada em 2.265.779 habitantes e uma área de 21.918,454 Km², possuindo 75 municípios e uma renda per capita de 782 reais (BRASIL, 2012). Foi observado que todos os leitos de UTIN e 75,5% dos leitos de UI estão localizados na capital do Estado.

Vale ressaltar que as maternidades fora da capital são estruturadas para atenderem apenas os partos de risco habitual e não possuem UTIN em funcionamento. A maternidade mais distante situa-se a aproximadamente 118,4 Km da capital, quando há necessidade de deslocamento dessas mulheres ou de seus recém-nascidos para a capital. Dessa forma, visando a minimização de desfechos neonatais desfavoráveis, recomenda-se que as parturientes sejam atendidas em serviços de complexidade compatíveis com o risco da gestação e nascimento em questão (BRASIL, 1991). Todas as maternidades pesquisadas afirmaram ter ambulâncias disponíveis para transporte da mãe e do recém-nascido em caso de necessidade, com facilidade de acesso a esse serviço.

Em estudo descrito por Bittencourt et al. (2014), foi constatado que, nas regiões Norte e Nordeste, mais da metade dos estabelecimentos eram públicos e localizados na Capital. Em Sergipe, dois estabelecimentos públicos (22,2%) estão localizados na Capital enquanto sete maternidades (77,7%) estão localizadas no interior; percebe-se assim uma distribuição mais homogênea das maternidades para regiões mais distantes, favorecendo, dessa forma, o acesso das gestantes aos serviços ofertados.

Em Sergipe, há uma disponibilidade de 30 leitos de UTIN na maternidade mista, 34 leitos disponíveis no setor público e apenas 14 leitos no setor privado, totalizando assim 78 leitos para atender a demanda do Estado. Vale ressaltar que, de acordo com dados consolidados da Secretaria de Estado da Saúde, em 2014 houve 3120 partos prematuros (IG < 37 semanas) em Sergipe, sendo que 503 desses partos ocorreram na rede privada e 2617 nas maternidades públicas

(DATASUS, 2014), demonstrando que a procura pelos serviços ofertados no setor público é maior.

Dados semelhantes foram descritos em Bittencourt et al. (2014), onde foi demonstrado que nas regiões Norte e Nordeste a oferta de leitos de UTIN foi maior no serviço público (29%). Estudo de Rocha (2013) aponta que em 31 municípios pesquisados da região Nordeste, 24 (77,4%) tinham hospitais onde ocorrem partos e apenas um estabelecimento possuía UTI neonatal em funcionamento (3,2%).

A oferta de leitos de Unidade Intermediária no Estado de Sergipe mostra-se maior em comparação aos leitos de UTIN: são 90 leitos no total, sendo 72 leitos na Capital e 18 no interior. No ano de 2014 ocorreram 2742 partos com recém-nascidos com peso inferior a 2500g, sendo que 446 desses nascimentos foram no interior; considerando que muitos desses recém-nascidos necessitam de Unidade Intermediária para ganho de peso até a alta, além de outras intervenções como utilização de oxigênio suplementar e correção de distúrbios metabólicos.

De acordo com a Portaria nº 930 de 2012 do Ministério da Saúde, para cada 1000 nascidos vivos deverá haver uma disponibilidade de dois leitos de UTIN e dois leitos de UI. No ano de 2014, de acordo com a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, houve 35.781 nascimentos; assim, o Estado necessitaria de 71 leitos de UTIN e 71 leitos de UI. Observa-se que a oferta total de leitos supera o preconizado pela portaria, mas vale ressaltar que 64 leitos disponíveis estão nas maternidades públicas e mistas localizadas na Capital.

Barbosa (2004) aponta como provável causa para a baixa oferta de leitos de UTIN a necessidade de grandes investimentos para abertura desse tipo de leito, tanto em relação a equipamentos quanto na formação de recursos humanos, o que explica também a concentração desses leitos nas regiões mais ricas e desenvolvidas.

A disponibilidade de leitos hospitalares para recém-nascidos, bem como fornecimento de equipamentos especializados para assistência neonatal não é uniforme no país, podendo explicar as diferenças entre as taxas de mortalidade neonatal entre as regiões brasileiras. Em 1999, 40% das maternidades da região Sul e apenas 10 % das maternidades das regiões Norte e Nordeste tinham pelo menos 10 leitos de UTIN (RODRIGUES et al., 2016).

As diferenças regionais ocorrem em caráter mundial no Brasil observa-se um aumento do número de leitos neonatais, porém de forma fragmentada tanto

estruturalmente quanto tecnicamente; problemas como necessidade de maior espaço físico, maior formação de recursos humanos e aquisição de materiais foram apontados como entraves para uma plena organização dos serviços intensivos neonatais (LEAL et al., 2012). No Chile existem 46 centros neonatais, dos quais 8 são voltados para casos críticos de alta complexidade, Zâmbia possui apenas um serviço de referência neonatal com apenas 25 incubadoras disponíveis, com uma ocupação que varia de 79 a 86 pacientes/ dia. Essa diferença de oferta de serviços reflete nas taxas de mortalidade neonatal que em Zâmbia é de 36 por 1000 nascidos vivos enquanto que nos Estados Unidos onde há uma organização e distribuição melhor dos leitos de UTI neonatal a taxa de mortalidade é de 4 por 1000 nascidos vivos (WILSON et al., 2011) e no Chile 10 por 1000 nascidos vivos (UNICEF, 2015).

De acordo com a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe houve a internação de 717 neonatos nas UTIN de financiamento público e de 397 naquelas UTINs com financiamentos privado; não há dados disponíveis sobre o número de internações nas Unidades Intermediárias (DADOS NÃO PUBLICADOS DA SECRETARIA DE SAÚDE). Onze por cento dos recém-nascidos prematuros e 16% dos que tinham peso de nascimento inferior a 2500g nasceram fora da capital, ou seja, em unidades sem UTIN. Observa-se, dessa forma, que uma parcela considerável de neonatos nasceu em estabelecimentos inadequados para atender suas necessidades especiais.

Estes achados corroboram os dados de Bittencourt et al. (2015) onde foi relatado que 47% dos recém nascidos com risco obstétrico nasceram em hospitais públicos sem UTIN e esse percentual aumentava para 60% nas regiões Norte e Nordeste, demonstrando, que ainda há problemas de distribuição e oferta dos serviços para os recém-nascidos, sendo o número de leitos de UTI neonatal ainda pequeno fora das Capitais, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, onde há um número expressivo de partos prematuros e de recém-nascidos de baixo peso ao nascer. O atendimento ao parto de recém-nascidos prematuros, especialmente aqueles com peso inferior a 1500g deve ocorrer em centros especializados e em hospitais gerais, no entanto 30% desses partos ocorrem em hospitais sem recursos adequados (CARVALHO; GOMES, 2005).

Para Barbosa (2004) não há equidade na distribuição dos leitos de UTI neonatal e pediátrica, com desigualdades nacionais e regionais; o acesso é limitado para a população mais carente, além da oferta de serviços prestados contrastantes

em termos de qualidade de um serviço para outro. Persiste uma desorganização do sistema de saúde e na oferta de leitos obstétricos e neonatais, além de precariedade na infraestrutura hospitalar e baixa qualidade técnica no atendimento perinatal (LEAL et al., 2015).

No Norte e Nordeste do Brasil, 56% dos hospitais privados contavam com todos os equipamentos para atendimento emergencial à mãe e o recém-nascido, reduzindo para 45% dos hospitais públicos e 64% dos mistos (BITTENCOURT et al., 2014). Comparando com os dados encontrados em Sergipe observa-se melhor adequação desse item, permitindo, dessa forma, que em casos de intercorrências maternas ou neonatais, haja disponibilidade de materiais para que o primeiro atendimento seja feito com segurança e qualidade.

Quanto as unidades pesquisadas serem campos de ensino, 8 (72,7%) são conveniadas ao Ministério da Educação (MEC), sendo pertencentes ao serviço público. Pesquisa de Bittencourt et al. (2014) constatou que 77% dos estabelecimentos públicos exercem atividades de ensino majoritariamente. As atividades de ensino nos hospitais são de extrema importância, pois facilita o contato da equipe com inovações terapêuticas e tecnologias que melhoram a qualidade da assistência, além de incentivar a formação de uma equipe multiprofissional mais experiente, portanto, com mais impactos positivos na assistência.

Somente quatro maternidades (5,4%) do Rio de Janeiro encontravam-se localizadas em Hospitais Universitários com 46 leitos neonatais e quatro pediátricos; colocando a universidade afastada do seu papel na formação de recursos humanos com potencial impacto negativo na qualidade da assistência (GOMES, LOPES, MOREIRA, 2005).

Premiações, certificações como Hospital Amigo da Criança ou Método Canguru foram encontrados apenas em quatro estabelecimentos (36,3%); destes, apenas um tinha certificação da metodologia canguru, era de financiamento público e possuía UTIN em funcionamento, demonstrando que as maternidades ainda não atingiram patamares de excelência em relação aos cuidados prestados. As outras três maternidades possuem a certificação Hospital Amigo da Criança sendo que duas são de interior e uma encontra-se na capital.

Em Sergipe foi constatada a disponibilidade de acesso ao laboratório de análises clínicas e patologia em 10 maternidades (90,9%). Já o Banco de Sangue ou Agência Transfusional está presente em 7 unidades pesquisadas (63,6%), sendo

três delas do interior do estado (42,8%) e quatro na Capital (57,2%), demonstrando, assim, indicadores mais favoráveis nesse quesito. No Norte e Nordeste, o banco de sangue e a agência transfusional estão presentes em 62,2% dos hospitais públicos, 47,6% dos estabelecimentos mistos e 56,5% das maternidades privadas (BITTENCOURT et al., 2014).

Todos os estabelecimentos coletados possuem acesso à ambulância, seja particular ou SAMU, em caso de necessidade de transporte da gestante, puérpera ou neonato. Os gestores pesquisados revelaram não ter problema nenhum para acionar o serviço de remoção quando há necessidade de transporte.

Dados nacionais mostram que um terço dos recém-nascidos com risco obstétrico nasceram em maternidades que não tinham pediatra de plantão nas 24 horas e tais indicadores são ainda piores na região Norte (BITTENCOURT et.al., 2015). Para Parada e Carvalhaes (2007) a situação mais frequentemente observada foi a do médico obstetra de sobreaviso, sendo que um terço desses partos ocorriam sem assistência de nenhum obstetra e 74% não contavam com a presença de um pediatra. Quanto a presença do pediatra em sala de parto, em pesquisa nacional foi encontrado um percentual de 73% (LANSKY, 2006).

Em relação à organização dos plantões da equipe médica (obstetra, neonatologista ou pediatra e anestesista) verificou-se que em 100% das maternidades os mesmos trabalhavam com regime de plantões de 24 horas, mostrando, dessa forma, outro aspecto positivo da sua estrutura hospitalar em relação aos demais estabelecimentos da região Norte e Nordeste.

Dados semelhantes foram descritos em estudo de Rocha (2013), no qual foi relatado que todos os 31 municípios nordestinos pesquisados possuíam médico generalista ou obstetra, enfermeiro ou enfermeiro obstetra além do técnico de enfermagem.

Pesquisa de Moreira et al. (2014), mostra que no Rio de Janeiro 90% das maternidades tinham em sua escala obstetra ou enfermeiro obstetra e em 86% das escalas estavam presentes o pediatra. No entanto, ao realizar visitas nas unidades pesquisadas foi constatada a ausência de 10% dos obstetras ou enfermeiros obstetras e 14% dos pediatras, colocando, dessa forma, em risco a vida tanto da mulher quanto do neonato.

A classificação de risco para as gestantes é realizada em apenas seis instituições (54,5%) e os profissionais que a executam são o enfermeiro, enfermeiro obstetra e ou médico obstetra.

O módulo Acolhimento com Classificação de Risco por meio da classificação de risco obstétrico permite o estabelecimento de prioridades no atendimento e humanização do atendimento de emergência nas maternidades; a equipe é composta por enfermeira generalista, enfermeira obstetra e técnico de enfermagem. Sua implementação é relativamente recente nos hospitais brasileiros. Estudo feito aponta que os estabelecimentos que possuem esse sistema têm índices mais elevados de satisfação por parte da sua clientela, além de permitir estabelecer prioridade de atendimento para os casos mais graves e de emergência (PEREIRA; LIMA, 2014).

Em Sergipe, são poucas as maternidades que trabalham com a classificação de risco, mas levando-se em consideração a sua recente implantação no Brasil mostra que a tendência é que mais maternidades adotem a classificação e torne o processo de acolhimento da gestante mais rápido e humanizado.

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH) todas as unidades integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) têm como responsabilidade dispor de recursos humanos para adequada assistência ao parto e para a Organização Mundial de Saúde (OMS) o enfermeiro obstetra parece ser o profissional mais adequado e com melhor custo efetividade para ser responsável pela assistência aos partos normais. Em nenhuma maternidade existe atuação do enfermeiro obstetra nas 24 horas do dia (PARADA; CARVALHAES, 2007).

Os protocolos de eclampsia, pré-eclâmpsia e hemorragias estão presentes em quatro maternidades (36,3%), porém o que chama mais a atenção é que nestas instituições os protocolos são parcialmente aderidos pela equipe médica.

As síndromes hipertensivas na gestação merecem especial destaque na saúde pública mundial. É a terceira causa de mortalidade materna no mundo e a primeira no Brasil. Apesar de todo o conhecimento científico acumulado nos últimos tempos, a pré-eclâmpsia continua sendo uma síndrome que leva a graves repercussões maternas e fetais (NETO; SOUZA; AMORIM, 2010).

Linhares et al. (2014) ratificam os autores citados anteriormente e relatam que a pré-eclâmpsia afeta mais de 10% das gestações no Brasil, sendo considerado um problema de saúde pública, levando inclusive a altas taxas de morbimortalidade

e permanecendo como a primeira causa de morte materna direta (37%) sendo essas proporções ainda maiores nas regiões Norte e Nordeste.

Diante dos dados apresentados é muito preocupante que as maternidades do Estado não tenham em sua totalidade protocolos formalizados para o manejo dos casos de pré-eclâmpsia e hemorragias; o que chama mais atenção nos dados coletados é a baixa adesão por parte da equipe médica aos protocolos quando estes existem nas instituições (36,3%), não havendo coesão na forma de conduzir os casos.

No Norte e Nordeste do Brasil, 56% dos hospitais privados contavam com todos os equipamentos para atendimento emergencial à mãe e o recém-nascido reduzindo para 45% dos hospitais públicos e 64% dos mistos (BITTENCOURT et al., 2014). Comparando com os dados encontrados em Sergipe observa-se melhor adequação desse item, permitindo, dessa forma, que em casos de intercorrências maternas ou neonatais, haja disponibilidade de materiais para que o primeiro atendimento seja feito com segurança e qualidade.

Nesse item, Sergipe está mais adequado que o restante do país, e bem mais que o Nordeste. No entanto, isso ainda não está refletido na redução da mortalidade infantil/neonatal no estado, pois esses coeficientes em Sergipe (17,6/12,2 para cada 1000 nascidos vivos) são mais elevados que no Brasil (15,3/10,6 para cada 1000 nascidos vivos) e semelhante com a região Nordeste (18 /12,7 para cada 1000 nascidos vivos) (DATASUS, 2014).

Houve baixa proporção de disponibilidade dos medicamentos essenciais, o que também foi relatado por Bittencourt et al. (2014), nos quais apenas 37% dos estabelecimentos públicos e 35% dos mistos possuíam os medicamentos listados.

Vale ressaltar a ausência de surfactante em três maternidades (27,2%), as quais são classificadas como de baixo risco e sem UTIN em funcionamento e, portanto, não sendo previsto atendimento a prematuros de risco nelas. Todavia, mesmo assim, foram identificados nascimentos de prematuros de risco nestas instituições.

O surfactante contribui para a manutenção da tensão dos pulmões, aumenta a complacência pulmonar e promove a estabilidade alveolar. A terapia de reposição de surfactante, nos recém-nascidos prematuros com estresse respiratório já é preconizada como tratamento, contribuindo para uma redução da mortalidade dessa população (TAMEZ, 2013).

Os coordenadores médicos da área de obstetrícia estão presentes em 9 instituições (81,8%); já os coordenadores de enfermagem da área de obstetrícia e neonatologia estão também presentes em 9 maternidades, mas apenas 4 coordenadoras (44,4%) possuem especialização em obstetrícia ou neonatologia. Profissionais especializados estão mais habilitados a oferecer assistência adequada.

Nas regiões Norte e Nordeste foram encontrados poucos especialistas nas coordenações de enfermagem: apenas em 35% dos hospitais públicos e em nenhum dos hospitais particulares (Bittencourt et al., 2014). No Estado de Sergipe, situação semelhante foi encontrada, sendo que o déficit foi maior na área de enfermagem em neonatologia, mostrando que há uma necessidade urgente de maior qualificação da mão de obra.

Apesar das doulas terem sido mencionadas pelos gestores como um dos métodos não farmacológico para o controle da dor (60%), na verdade elas oferecem apoio emocional à gestante, além de aplicar métodos e técnicas não invasivas para o alívio da dor disponíveis nas unidades onde atuam.

Parada e Carvalhaes (2007) encontraram cobertura insatisfatória quanto à presença de acompanhantes e controle não farmacológico da dor para as gestantes, demonstrando que os serviços pouco têm se preocupado com a humanização do cuidado. Em Sergipe, foi encontrada situação semelhante: baixa adesão aos métodos não farmacológicos da dor, restrição de acompanhantes para mulher, restrição do horário de visitas dos pais para os neonatos internados na UTIN, além de problemas de espaço físico para oferecer privacidades às gestantes.

Quanto aos componentes do ENC, foi observado que 74,8% das mulheres haviam realizado 6 ou mais consultas de pré-natal e que 61,5% receberam orientações sobre a maternidade de referência para o parto durante esse processo, principalmente entre às que utilizaram o serviço privado. Dados semelhantes foram identificados em trabalho nacional, no qual 73,1% das mulheres realizaram 6 ou mais consultas e 58,7% foram orientadas sobre a maternidade de referência (VIELLAS et al., 2014). Cuidados de boa qualidade realizados durante o pré-natal podem promover redução em até 10% a 20% de todos os óbitos no período neonatal (DARMSTADT et al 2005), além disso há uma forte associação entre maior número de consultas pré natal e menos óbitos perinatais (LANSKY, 2006).

A procura pelo atendimento ao parto, principalmente nas situações de risco, acontece por meios próprios das mulheres, ocorrendo por vezes uma peregrinação

por vários serviços, agravando o risco inicial (GOMES, 2005). Em Sergipe, apesar de 61,5% das mulheres serem orientadas quanto à maternidade de referência, um percentual significativo destas (29,4%) necessitou procurar mais de uma maternidade para realização do seu parto.

Apesar dos benefícios do uso do corticoide antenatal promovendo redução da mortalidade neonatal em 40%, bem como da redução em 52% das hemorragias intracranianas, sua prática ainda não é disseminada, com taxa de utilização internacional entre 0,8 a 81% (referências). No Brasil o percentual variou entre 50% nas maternidades escola e 4% em maternidades públicas não universitárias. Em 2004 o percentual encontrado do uso do corticoide foi de 61% (MARTINEZ, et al., 2004); em estudo nacional desenvolvido em 2006 o uso do corticoide antenatal foi detectado em apenas 6,7% dos casos (LANSKY, et al 2006). Sergipe apresentou baixa cobertura nesse quesito, mesmo comparando com dados nacionais e internacionais que também se mostram aquém do desejável.

Quanto à presença do acompanhante em todos os momentos da internação, vista como essencial para uma vivência positiva na parturição, uma vez que traz conforto, segurança e alívio da tensão gerada na, parturiente (DODOU et al., 2014) foi identificado que apenas 18% das mulheres puderam usufruir deste direito em Sergipe – percentual semelhante ao identificado em todo país (18,8%) (DINIZ et al., 2014). A presença de acompanhante está assegurada por Lei no país desde 2005, mas sua implementação e execução está longe do ideal. Estudo de Leal, Filha e Moura (2015) descreveu que 26% das mulheres estavam sem acompanhantes durante o parto e menos de 15% estavam com acompanhantes durante todo o período de internação.

Sabe-se que a falta de privacidade nas enfermarias de pré-parto tem levado muitas maternidades a permitir somente acompanhantes do sexo feminino, restringindo, assim, as possibilidades de escolha e excluindo a presença do pai da criança (D'ORSI et al., 2005). Semelhantemente, no presente estudo, a impossibilidade de manter a privacidade de cada gestante durante o trabalho de parto, devido a ausência de espaço físico adequado, foi a principal dificuldade apontada pelos gestores das maternidades.

Em relação ao uso do partograma, instrumento que possibilita o diagnóstico de alterações e indica a tomada de condutas apropriadas para a correção destes desvios, ajudando ainda a evitar intervenções desnecessárias (OLIVEIRA; DIAS;

CUNHA, 2008) verificou-se seu uso em apenas 27,1% de todos os partos do Estado. Mais uma vez Sergipe demonstra baixa cobertura nesse item, o partograma foi pouco utilizado para acompanhamento do trabalho de parto, sendo descrito o seu uso em 35,7% das vezes entre os recém-nascidos que sobreviveram e 36,5% naqueles que não sobreviveram (LANSKY, et al 2014). A OMS recomenda a utilização do partograma durante o trabalho de parto desde 1994, por meio dele consegue-se detectar precocemente as distócias, intervindo de forma adequada (LANSKY et al 2006).

Verificou-se, também, que 41% das mulheres tiveram contato pele a pele precoce e 33,1% amamentaram na primeira hora de vida, sendo essa última prática associada à diminuição do risco de mortalidade neonatal (KHAN et al., 2015). Em Sergipe, a baixa cobertura desse quesito pode ser atribuída ao fato de não ser uma prática muito estimulada na sala de parto, mostrando necessidade de sensibilização da equipe multidisciplinar nesse aspecto.

Ainda sobre isso, é importante ressaltar que Sergipe apresenta percentual de aleitamento materno na primeira hora de vida inferior a muitos países em desenvolvimento, já que na Argentina, esse percentual foi de 83%, na Zâmbia, de 92% (DHADED et al., 2015) e em Gana de 50% (SAAKA; IDDRISU, 2014). Todavia, no que se refere ao contato pele a pele precoce entre mãe e filho, identificou-se resultado melhor quando comparado aos mesmos trabalhos; maiores percentuais de partos cesarianos podem influenciar em tais resultados visto que há uma dificuldade em colocar o recém-nascido no seio materno após o procedimento, além da recuperação e posterior transferência da puérpera para o Alojamento Conjunto mais demorada. No entanto em Sergipe durante a realização da pesquisa foram registrados 456 partos normais (59,4%), 110 cesáreas com indicação durante o trabalho de parto (14,3%) e 202 cesarianas eletivas (26,3%) demonstrando mais uma vez que esta prática do ENC é pouco valorizada e aplicada por uma parcela significativa da equipe multiprofissional.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação à distribuição de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal observou-se que os leitos estão concentrados na Capital enquanto Unidades Intermediárias são encontradas também no interior. O quantitativo de leitos de UTIN e UI disponíveis no Estado estão de acordo com a legislação vigente.

Pontos positivos foram encontrados na pesquisa como a presença de pediatra ou neonatologista nas 24h de plantão em todas as maternidades e os materiais de reanimação tanto para recém-nascido quanto para gestante estarem disponíveis nas 11 maternidades pesquisadas.

O fato da Classificação de Risco não ser uma prática em todas as maternidades associado com adesões parciais ou simplesmente a não adesão aos protocolos de eclampsia, pré eclâmpsia e hemorragias mostra-se preocupante visto que as emergências hipertensivas e hemorrágicas são uma das principais causas de mortes maternas.

Quanto a lista de medicamentos essenciais, a cobertura foi de 90% a ausência do surfactante foi constatada em 3 maternidades pesquisadas que se situavam fora da capital, mas que não possuem UTIN em funcionamento.

Em relação às práticas do *Essential Newborn Care* nas maternidades os percentuais encontrados foram semelhantes ao de pesquisas de âmbito nacional; foi verificada baixa cobertura de todos os itens estudados, chamando atenção a cobertura do aleitamento materno precoce na primeira hora de vida que foi considerada inferior, inclusive a muitos países em desenvolvimento; já o contato pele a pele precoce obteve resultados melhores do que em estudos comparativos.

A presença do acompanhante em todos os momentos do parto e o direito à privacidade tiveram percentuais considerados baixos, mas dentro dos parâmetros encontrados em estudos brasileiros, sendo apontados como dificuldades para o seu cumprimento a falta de espaço físico adequado.

As maternidades sergipanas apesar de terem alguns pontos positivos em seus processos de trabalho e estrutura, como a presença do pediatra nas 24 h de plantão, presença de todos os materiais necessários para reanimação materna e neonatal, dispor de ambulância para transporte em caso de necessidade têm muito a mudar no quesito assistencial principalmente quanto às práticas do *Essential Newborn Care* que apesar de serem simples, têm uma baixa cobertura nos serviços,

independente do tipo de financiamento. Isto requer esforços e mudança de comportamento por parte de toda a equipe multiprofissional.

8 REFERÊNCIAS

BARBOSA, A. P. Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. **J. Pediatr. (Rio J.)**, v. 80, n. 6, p. 437-438, 2004.

BITTENCOURT, S. D. A.; GURGEL, R. Q.; MENEZES, M. A. S.; BASTOS, L. S.; LEAL, M. C. Neonatal care in Brazil: hospital structure and adequacy according to newborn obstetric risk. **Pediatrics and International Child Health**, v. 35, n. 3, p. 206-212, 2015.

BITTENCOURT, S. D. A.; REIS, L. G. C.; RAMOS, M. M.; RATTNER, D. RODRIGUES, P. L. et al. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, p. S208–S219, 2014.

BRASIL. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Assistencia institucional ao parto, ao puerperio e ao recém-nascido**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Lei No 11.108, de 7 de Abril de 2005. Dispõe sobre o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução. RDC nº 36 de junho de 2008. Dispõe sobre o regulamento Técnico para o Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento técnico para o planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1071, de 4 de julho de 2005. Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1091 de 25 de agosto de 1999. Cria a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal no âmbito do SUS para o atendimento ao recém-nascido de médio risco. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2418 de 6 de dezembro de 2005. Garante às parturientes o direito a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10 de Maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**. 2012.

CARVALHO, M.; GOMES, M. A. S. M. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. **J. Pediatr. (Rio J.)**, v. 81, n. 1, p. 111-118, 2005.

CARLO, W.; TRAVERS, C. P. Maternal and neonatal mortality: time to act. **J. Pediatr. (Rio J.)**, v. 92, n. 6, p. 543- 545, 2016.

COSTA, J. O.; XAVIER, C. C.; PROIETTI, F. A.; DELGADO, M. S. Avaliação dos recursos hospitalares para a assistência perinatal em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 701-708, 2004.

DARMSTADT, G. L.; BHUTTA, Z. A.; COUSENS, S.; ADAM, T.; WALKER, N. et al. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save?. **The Lancet Neonatal Survival Steering Team**, v. 365, n. 9463, p. 977-988 2005.

DATASUS. **Departamento de Informática do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

D'ORSIA, E.; CHORB, D.; GIFFINB, K.; TUESTAC, A. A.; BARBOSA, G. P. et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Revista de Saude Publica**, v. 39, n. 4, p. 646–654, 2005.

DHADED, S. M.; SOMANNAVAR, M. S.; VERNEKAR, S.S.; GOUDAR, S.S.; MWENCHE, M. et al. Neonatal mortality and coverage of essential newborn interventions 2010 - 2013: a prospective, population-based study from low-middle

income countries. **Reproductive Health**, v. 12, n. 2, p. 2-6, 2015.

DINIZ, C. S. G.; D'ORSIA, E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; TORRES, J. A.; DIAS, M. A. B. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 140-153, 2014.

DODOU, H. D.; RODRIGUES, D. P.; GUERREIRO, E. M.; GUEDES, M. V. C.; LAGO, P. N. et al. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 2, p. 262–269, 2014.

GOMES, M.A.S.M.; LOPES, J.M.A.; MOREIRA, M.E.L. Assistência e mortalidade neonatal no setor público do município do Rio de Janeiro, Brasil: uma análise do período, 1994/2000. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1269-1277, 2005.

KHAN, J.; VESEL, L.; BAHL, R.; MARTINES, J. C. Timing of Breastfeeding Initiation and Exclusivity of Breastfeeding During the First Month of Life: Effects on Neonatal Mortality and Morbidity—A Systematic Review and Meta-analysis. **Maternal and Child Health Journal**, v. 19, n. 3, p. 468-479, 2015.

LANSKY, S.; FRICHE, A. A. L.; SILVA, A. A. M.; CAMPOS, D. BITTENCOURT, S. D. A. et al. Pesquisa nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 192–207, 2014.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; CÉSAR, C.C.; NETO, L.C.M.; LEAL, M.C. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n.1, p. 117-130, 2006.

LANSKY, S., FRANÇA, E., KAWACHI, I. Social inequalities in perinatal mortality in Belo Horizonte, Brazil: the role of hospital care. **American Journal of Public Health**, v. 97, n. 5, p. 867-873, 2007.

LAWN, J. E.; DAVIDGE, R.; VINOD, K. P.; XYLANDER, S. V.; JOHNSON, J. G. et al. Born Too Soon: Care for the preterm baby. **Reproductive Health**, v. 10, suppl. 1, p. S5, 2013.

LEAL, M. C.; SILVA, A. A.; DIAS, M. A.; GAMA, S. G.; RATTNER, D. et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reproductive Health**, v. 9, n. 15, p. 1-8, 2012.

LEAL, M. C.; FILHA, M. M. T.; MOURA, E. C.; CECATTI, J. G., SANTOS, L. M. P. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n. 1, p. 91-104, 2015.

LINHARES, J. J.; MACÊDO, N. M. Q.; ARRUDA, G. M. A.; VASCONCELOS, J. L. M.; SARAIVA, T. V. et al. Fatores associados à via de parto em mulheres com pré-eclâmpsia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 6, p. 259-263, 2014.

MARTINEZ, F. E. Antenatal glucocorticoids, prematurity, mechanical ventilation, infection, low birth weight. **J. Pediatr. (Rio J.)**, v. 80, n. 4, p. 277-284, 2004.

MOREIRA, M. E. L.; LOPES, J. M. A.; CARVALHO, M. O. **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

MOREIRA, M. E. L.; GAMA, S. G. N.; PEREIRA, A. P. E; SILVA, A. A. M.; LANSKY, S. et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 128-139, 2014.

NETO, C. N.; SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R. Tratamento da pré-eclâmpsia baseada em evidências. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, n. 9, p. 459–468, 2010.

NARAYANAN, I.; ROSE, M.; CORDERO, D.; FAILLACE, S.; SANGHVE, T. **The Components of Essential Newborn Care**. In: Basics Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II). Arlington, Virginia, 2004.

OLIVEIRA, M. I. C.; DIAS, M. A. B.; CUNHA, C. B.; LEAL, M. C. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. **Revista de Saude Publica**, v. 42, n. 5, p. 895–902, 2008.

PARADA, C. M. G. L.; CARVALHAES, M. A. B. L. Avaliação da Estrutura e processo da atenção ao parto: contribuição ao debate sobre o desenvolvimento humano. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v. 15 (número especial), 2007.

PEREIRA, A. L. F.; LIMA, A. E. F. Acolhimento com classificação de risco em uma maternidade pública. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 8, n. 1, p. 2309–15, 2014.

REIS, L.G. C.; PEPE, V. L. E.; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para efetivação de um direito. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.21, n.3, p.1139-1160, 2011.

RISSE, S. P., NASCIMENTO, F. C. Fatores de risco para óbito em unidade de terapia intensiva neonatal utilizando a técnica de análise de sobrevivência. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, v. 22, n.1, p.19- 26, 2010.

RODRIGUES, N. C.; MONTEIRO, D. L.; ALMEIDA, A. S.; BARROS, M. B.; PEREIRA, N. A. et al. Temporal and spatial evolution of maternal and neonatal mortality rates in Brazil 1997- 2012. **J. Pediatr. (Rio J.)**, v. 92, n. 6, p. 567-573, 2016.

ROCHA, A. F. Mortalidade neonatal: assistência pré-natal em municípios do Nordeste do Brasil. **Dissertação de Mestrado**. Escola Nacional de Saude Publica, Sergio Arouca, 2013.

SAAKA, M.; IDDRISU, M. Patterns and Determinants of Essential Newborn Care Practices in Rural Areas of Northern Ghana. **International Journal of Population Research**, v. 20, p. 1–10, 2014.

TAMEZ, R. N. **Enfermagem na UTI Neonatal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

TRAGANTE, C. R.; FALCÃO, M. C.; CECCON, M. E. J. Desenvolvimento dos cuidados neonatais ao longo tempo. **Pediatria (São Paulo)**, v. 32, n. 2, p. 121-130, 2010.

UNICEF. **Report 2015 - Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation**. Geneva, USA: UNICEF. 2015.

VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; GAMA, S. G. N.; FILHA, M. M. T. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 85–100, 2014.

WAISWA, P.; AKUZE, J., PETERSON, S.; KERBER, K.; TETUI, M. et al. Differences in essential newborn care at birth between private and public health facilities in eastern Uganda. **Global Health Action**, v. 8, n. 1, p. 1-9, 2015.

WILSON, L.; BODIN, M. B.; FERNANDEZ, P. Neonatal Intensive Care: a global perspective of similarities and differences in selected neonatal intensive care units in Brazil, Chile, The United States and Zambia. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, v. 11, n. 2, 2011.

9 APÊNDICE A – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

OBJETIVOS DA PESQUISA

A pesquisa tem como objetivo principal descrever a estrutura das unidades neonatais do Estado de Sergipe quanto à qualificação dos recursos humanos, insumos e equipamentos disponíveis.

PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

Será aplicado o questionário de estrutura e processo às unidades selecionadas. O questionário será preenchido com base nas informações prestadas pelo(a) Diretor(a) da unidade e outros(as) profissionais e contém quesitos sobre o perfil, recursos humanos, gestão, relação da maternidade com seus usuários e processo de trabalho das unidades. O(A) entrevistado(a) será estimulado(a) a responder as questões que lhe forem feitas, mas terá liberdade para deixar de responder aquelas que não desejar.

CONFIDENCIALIDADE

A aplicação do questionário será realizada para cada participante, individualmente, somente na presença do(a) entrevistador(a) e em local reservado. A participação é absolutamente voluntária. Se houver alguma questão que não queira responder, passar-se-á para a questão seguinte. A aplicação do questionário poderá ser interrompida a qualquer momento caso o(a) entrevistado(a) assim decidir.

As informações prestadas pelos são confidenciais e será garantido o anonimato e o sigilo absoluto por parte dos pesquisadores. As respostas permanecerão confidenciais e nomes não serão associados a elas.

DÚVIDAS – PESQUISADORES RESPONSÁVEIS

Qualquer dúvida poderá ser tirada no momento da aplicação do questionário. Uma cópia do termo de consentimento será oferecida para o entrevistado. Caso a dúvida persista ou o entrevistado demande confirmação sobre a seriedade do estudo e de suas intenções, os seguintes contatos deverão ser fornecidos: Felipa Daiana Bezerra (responsável pela pesquisa): (79) 9808- 9511, felipadaiana@bol.com.br.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Dados sobre a pesquisa científica

Título: NASCER EM SERGIPE: inquérito populacional

Pesquisadoras: Felipa Daiana Bezerra

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Queiroz Gurgel

Prezada _____,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “**Nascer em Sergipe: inquérito populacional**”, de responsabilidade de pesquisadores da UFS e da FIOCRUZ/RJ. 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. e 60 dias após esta entrevista, para saber como estará a sua saúde e do seu filho. Tudo que for dito ficará em segredo e o seu nome não será divulgado. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper se assim desejar.

Consentimento pós-esclarecido

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

Assinatura da puerpera

Assinatura do pesquisador

SE, _____ de _____ de 201__.

1. Ricardo Queiroz Gurgel. Prof Dr do Nucleo de Pós-graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe. . Rua Claudio Batista s/n Bairro Sanatório CEP 49060-100 Aracaju-SE tel 999770480

2. Felipa Daiana Bezerra. Pesquisadora Mestranda do Programa de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe –UFS. Rua Divina Pastora, 891, apt 07 Centro Aracaju Se, CEP 49010 600. Tel 998089511

10 ANEXO A – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

1 Dados sobre a pesquisa científica

Título: Cuidado Neonatal Em Sergipe: estrutura, processos de trabalho e implementação dos componentes do Essential Newborn Care

Pesquisadora: Felipa Daiana Bezerra

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Queiroz Gurgel

2 Questionário para a coleta dos Dados

I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO E DA UNIDADE DE SAÚDE

1. Data da entrevista _ _ / _ _	2. Entrevistador _
3. Revisor _ _	4. Data da revisão _ _ / _ _ / _ _
5. Digitador 1 _ _	6. Data da digitação 1 _ _ / _ _ / _ _
7. Digitador 2 _ _	8. Data da digitação 2 _ _ / _ _ / _ _
9. Região: 5. Centro-Oeste	1. Norte 2. Nordeste 3. Sudeste 4. Sul _
10. Estado (consultar no instrutivo) _____	_ _
11. Nome da Cidade: _____	
12. Nome do estabelecimento: _____	
13. Número do Estabelecimento: (consultar número do estabelecimento no instrutivo)	_ _ _
14. CNPJ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ / _ _	
15. Número do CNES _ _ _	_ _ _
16. Endereço completo: _____	
17. CEP _ _ _ _ _	_ _ _ _

18. Telefone (s): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	19. Fax: <input type="text"/>
--------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------

II. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

20. Nome do respondente:	
21. Cargo do respondente	
22. Qual a sua formação? (Considerar a principal formação) 1. Médico 2. Enfermeiro 3. Outro:	<input type="text"/>
23. Como é classificada a Unidade? (ler as alternativas) 1. Hospital Geral ou de Especialidades 2. Somente Maternidade 3. Hospital Materno-Infantil 4. Maternidade e Serviço de Ginecologia	<input type="text"/> <input type="text"/>
24. Os leitos de obstetrícia são? (ler as alternativas) 1. Todos públicos 2. Todos privados 3. Mistos	<input type="text"/>
25. O hospital possui UTI Neonatal em funcionamento? (ler as alternativas) 1. Sim 2. Não (vá para 27)	<input type="text"/>
26. Os leitos de UTI Neonatal são? (ler as alternativas) 1. Todos públicos 2. Todos privados 3. Mistos	<input type="text"/>
27. O hospital possui leitos de Cuidados Intermediários Neonatal em funcionamento? (ler as alternativas) 1. Sim 2. Não (vá para 29)	<input type="text"/>
28. Os leitos de Cuidados Intermediários Neonatal são? (ler as alternativas) 1. Todos públicos 2. Todos privados 3. Mistos	<input type="text"/>
29. O hospital/unidade é campo de ensino? (ler as alternativas) 1. Sim 2. Não (vá para 31)	<input type="text"/>
30. O campo de ensino é credenciado pelo Ministério da Educação (MEC)? 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
31. O serviço possui alguma das seguintes certificações? Para cada item, marcar: 0. Não 1. Sim 2. Em processo de habilitação	
a. Hospital Amigo da Criança	<input type="text"/>
b. Prêmio Prof. Galba de Araújo	<input type="text"/>
c. Outros:	<input type="text"/>
32. O hospital/unidade possui Casa da Gestante de Alto Risco ou Casa de Apoio à Gestante? 0. Não Possui 1. Sim, própria 2. Utiliza a de outra instituição	<input type="text"/>
33. O hospital/unidade possui acesso a leite humano ordenhado e pasteurizado para recém-natos internadas na UI/UTI? 0. Nunca 1. Sempre 2. Às vezes	<input type="text"/>

34. O hospital/unidade possui Unidade transfusional ou Banco de Sangue? 0. Não 1. Sim	__
35. O hospital/unidade possui laboratório de patologia e análises clínicas? 0. Não 1. Sim, só para SUS 2. Sim, só para privado 3. Sim para todos	__
36. O hospital/unidade tem acesso à ambulância para transporte da parturiente? 0. Não 1. Sim, só para SUS 2. Sim, só para privado 3. Sim para todos	__
37. O hospital/unidade utiliza o serviço de ambulância do Corpo de Bombeiros/SAMU para transferência da parturiente? (ler as alternativas) 0. Não 1. Sim, sempre que precisa 2. Sim, mas com dificuldade	__
38. O hospital/unidade tem acesso à ambulância para transferência do recém-nascido? 0. Não 1. Sim, só para SUS 2. Sim, só para privado 3. Sim para todos	__
39. O hospital/unidade utiliza o serviço de ambulância do Corpo de Bombeiros/SAMU para transporte do recém-nascido? (ler as alternativas) 0. Não 1. Sim, sempre que precisa 2. Sim, mas com dificuldade	__

40. O serviço é referência para o pré-natal de alto risco? (oferece vagas para 43) 0. Não (vá para 43) 1. Sim	__
41. Essa referência é formal pelo sistema de referência e contra-referência? 0. Não (vá para 43) 1. Sim	__
42. Essa referência é via central de regulação de vagas/leitos ou de marcação de consultas? 0. Não 1. Sim	__
43. Quando há necessidade, o serviço solicita vagas para o pré-natal de alto risco via central de regulação de vagas/leitos ou de marcação de consultas? 0. Não 1. Sim, central regulação do SUS 2. Sim, regulação planos de saúde 3. Sim, ambos	__
44. O serviço é referência para internação e parto de gestante de risco? (oferece vagas) 0. Não (vá para 47) 1. Sim	__
45. Essa referência é formal pelo sistema de referência e contra-referência? 0. Não (vá para 47) 1. Sim	__
46. Essa referência é via central de regulação de vagas? 0. Não 1. Sim	__
47. Quando há necessidade, o serviço solicita vagas para a internação e o parto de gestante de risco via central de regulação de vagas/leitos ou de marcação de consultas? 0. Não 1. Sim, central regulação do SUS 2. Sim, regulação planos de saúde 3. Sim, ambos	__

48. O serviço é referência para o recém-nascido de alto risco? para 51) 1. Sim	0. Não (vá	__
49. Essa referência é formal pelo sistema de referência e contra-referência? para 51) 1. Sim	0. Não (vá	__
50. Essa referência é via central de regulação de vagas/leitos ou de marcação de consultas?	0. Não 1. Sim	__
51. Quando há necessidade, o serviço solicita vagas para o recém-nascido de alto risco via central de regulação de vagas/leitos ou de marcação de consultas? 0. Não 1. Sim, central regulação do SUS 2. Sim, regulação planos de saúde 3. Sim, ambos		__

III. RECURSOS HUMANOS

52. Com relação à forma de organização do corpo clínico médico da obstetrícia:		
a. Há equipe médica externa? (corpo clínico aberto) 0. Não 1. Sim		__
b. Há equipe médica de plantonistas? para 54) 1. Sim	0. Não (vá	__
c. Como é a organização dos plantões? (ler as alternativas) 1. Permanece na unidade durante as 24h de plantão 2. Permanece na unidade 12h e de sobreaviso nas 12h 3. Fica de sobreaviso durante as 24h 4. Outra: _____		__ __ __
53. Como é a forma de remuneração dos plantonistas da obstetrícia? (ler as alternativas) 1. Salário fixo 2. Produtividade 3. Fixo + produtividade 4. Outros: _____		__
54. Qual a proporção de partos atendidos pelos plantonistas?		__ __ __ __ %
55. Com relação à forma de organização dos pediatras:		
a. Há equipe médica externa? (corpo clínico aberto) 0. Não 1. Sim		__
b. Há equipe médica de plantonistas? para 56) 1. Sim	0. Não (vá	__
c. Como é a organização dos plantões? (ler as alternativas) 1. Permanece na unidade durante as 24h de plantão _____ 2. Permanece na unidade 12h e de sobreaviso nas 12h 3. Fica de sobreaviso durante as 24h 4. Outra: _____		__ __ __

67. Existe algum profissional com graduação em enfermagem que coordene a enfermagem no serviço de neonatologia? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
68. Esse profissional possui especialização/residência na área de neonatologia? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
69. Há quanto tempo esse coordenador trabalha nesta unidade?	<input type="text"/> <input type="text"/> anos <input type="text"/> <input type="text"/> meses

IV. ASSISTÊNCIA À GESTANTE, PARTURIENTE, PUÉRPERA E AO RN

70. Existe algum tipo de triagem ou classificação de risco da gestante na admissão? 0. Não (vá para 72) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
71. Essa classificação é realizada por quais profissionais? (pode marcar mais de uma opção) 1. Enfermeiro 2. Enfermeiro obstetra 3. Médico 4. Médico Obstetra 5. Auxiliar ou técnico de enfermagem 6. Funcionário administrativo 7. Vigilante 8. Outros: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
72. Quais são os profissionais que prestam assistência ao trabalho de parto? (pode marcar mais de uma opção) 1. Médico Obstetra 2. Médico 3. Enfermeiro obstetra 4. Enfermeira 5. Técnico/auxiliar de enfermagem 6. Parteira tradicional 7. Outros: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
73. Onde as gestantes ficam durante o trabalho de parto? 1. Centro obstétrico/PPP 2. Centro cirúrgico 3. Quarto/Enfermaria 4. Outros: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
74. Quais são os profissionais que prestam assistência ao parto vaginal? (pode marcar mais de uma opção) 1. Médico Obstetra 2. Médico 3. Enfermeiro obstetra 4. Enfermeira 5. Técnico/auxiliar de enfermagem 6. Parteira tradicional 7. Outros: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
75. Onde ocorre o parto vaginal? 1. Centro obstétrico /PPP 2. Centro cirúrgico 3. Outros: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
76. A Unidade oferece a possibilidade de parto em posições verticalizadas (de pé, sentada, de cócoras)? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

<p>77. São realizadas reuniões rotineiras com a equipe de saúde para discussão das indicações de cesarianas? (explicar as opções caso seja necessário)</p> <p>0. Não</p> <p>1. Sim, com todo o corpo clínico (plantonistas + equipe médica externa)</p> <p>2. Sim, apenas equipe médica plantonista</p> <p>3. Sim, apenas equipe médica externa (corpo clínico aberto)</p>	_
<p>78. Existe protocolo para atendimento em casos de pré-eclampsia grave e eclampsia? 0. Não 1. Sim</p>	_

Este bloco relaciona-se aos procedimentos assistenciais relacionados à gestante, parturiente, puérpera e RN

<p>79. Existe protocolo para atendimento em casos de hemorragia pós-parto? 0. Não (vá para 82) 1. Sim</p>	_
<p>Se o entrevistado responder que NÃO tanto para a questão 78 quanto 79, vá para questão 82.</p>	
<p>80. Os protocolos existentes são utilizados pelos profissionais da equipe médica plantonista?</p> <p>0. Não</p> <p>1. Sim, toda equipe médica plantonista</p> <p>2. Sim, por alguns da equipe médica plantonista</p> <p>8. Não tem equipe médica plantonista</p>	_
<p>81. Os protocolos existentes são utilizados pelos profissionais da equipe médica externa? (ler as alternativas)</p> <p>0. Não</p> <p>1. Sim, toda equipe médica externa</p> <p>2. Sim, por alguns da equipe médica externa</p> <p>8. Não tem equipe médica externa</p>	_

<p><i>Agora vou fazer algumas perguntas sobre admissão, internação e alta</i></p>	
<p>82. Quando não existe vaga nesta unidade, o hospital se responsabiliza por conseguir vaga em outra unidade? 0. Não (vá para 84) 1. Sim</p>	_
<p>83. Essa transferência para outra unidade é feita por ambulância? 0. Nunca 1. Sempre 2. Às vezes</p>	_
<p>84. É permitida a presença de acompanhante de livre escolha da mulher durante: (ler as alternativas)</p> <p>Para cada item, marcar: 0. Não 1. Sim para todas as mulheres 2. Sim, mas apenas para situações especiais</p>	
<p>a. Admissão</p>	_

b. Trabalho de parto	<input type="checkbox"/>
c. Parto	<input type="checkbox"/>
d. Pós-parto imediato	<input type="checkbox"/>
e. Puerpério (enfermaria ou quarto)	<input type="checkbox"/>
85. Como é a privacidade no atendimento da gestante/puérpera/parturiente? (ler as alternativas) Para cada item, marcar: 0. Inexistente 1. Completa (sala individual com porta) 2. Parcial (Box, cortinas, biombos, etc)	
a. Na admissão	<input type="checkbox"/>
b. No pré-parto	<input type="checkbox"/>
c. Na modalidade PPP	<input type="checkbox"/>
d. No parto	<input type="checkbox"/>
e. No pós-parto	<input type="checkbox"/>
86. A mulher sem complicações sai da maternidade com consulta puerperal agendada? 0. Não 1. Sim	

87. O bebê sem complicações sai da maternidade com consulta de puericultura agendada para a 1ª semana de vida? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
<i>Agora vou fazer algumas perguntas sobre os setores relacionados ao trabalho de parto</i>	
88. Existe espaço para deambulação das mulheres? 0. Não 1. Sim, leitos PPP 2. Sim, leitos não PPP 3. Sim, todos os leitos	<input type="checkbox"/>
89. Possui poltrona ou cadeira para acompanhante da parturiente? (ler as alternativas) 0. Não 1. Sim, para alguns leitos 2. Sim, para todos os leitos	<input type="checkbox"/>
90. Quantos chuveiros com água quente existem no Centro Obstétrico ou setor de pré-parto/pós parto/leitos PPP para uso da parturiente?	<input type="text"/>
91. Quantas banheiras existem neste setor para uso da parturiente?	<input type="text"/>
92. O setor possui algum dos seguintes recursos para alívio não farmacológico da dor? Para cada item, marcar: 0. Não 1. Sim	
a. Bola de Bobat (bola para relaxamento perineal)	<input type="checkbox"/>
b. Cavalinho	<input type="checkbox"/>
c. Escada de Ling	<input type="checkbox"/>

d. Barra fixa	<input type="checkbox"/>
e. Outro:	<input type="checkbox"/>

93. Em situações de urgência e emergência materna, o setor de atendimento ao parto tem acesso a: **(ler as alternativas)**

Para cada item, marcar:

0. Não de fácil acesso **1.** Sim **2.** Sim, mas encontra-se em manutenção/não funciona **3.** Não, mas de fácil acesso

a. Respirador/ventilador mecânico	<input type="checkbox"/>
b. Laringoscópio	<input type="checkbox"/>
c. Tubo orotraqueal	<input type="checkbox"/>
d. AMBU	<input type="checkbox"/>

Agora vou fazer algumas perguntas sobre o local onde é feito o primeiro atendimento do RN logo após o nascimento

94. Quais são os equipamentos e materiais existentes na sala de parto/área de procedimentos com o RN? **(ler as alternativas)**

Para cada item, marcar:

0. Não de fácil acesso **1.** Sim **2.** Sim, mas encontra-se em manutenção/não funciona **3.** Não, mas de fácil acesso

a. Unidade/Mesa/Berço para reanimação com fonte de calor radiante	<input type="checkbox"/>
b. Máscaras cirúrgicas	<input type="checkbox"/>
c. Estetoscópio clínico infantil	<input type="checkbox"/>

d. Laringoscópio complete	<input type="checkbox"/>
e. Tubo endotraqueal neonatal	<input type="checkbox"/>
f. Sondas traqueais neonatais sem válvula	<input type="checkbox"/>
g. Sondas de aspiração gástrica	<input type="checkbox"/>
h. Dispositivo para aspiração de mecônio	<input type="checkbox"/>
i. Material para ventilação (AMBU ou ressuscitador manual com reservatório de oxigênio)	<input type="checkbox"/>
j. Aspirador com manômetro e oxigênio	<input type="checkbox"/>
Com relação à Unidade Neonatal (só se aplica para instituições com Unidade Neonatal)	

95. A Unidade Neonatal é exclusiva para essa faixa etária? (até 28 dias de vida) Não 1. Sim	0. <input type="checkbox"/>																																
96. Existe alguma restrição de horário para visita dos pais aos recém-nascidos? Não 1. Sim	0. <input type="checkbox"/>																																
97. Existe acomodação no próprio hospital para as mães de recém-nascidos internados na Unidade Neonatal ou UTI? Não 1. Sim	0. <input type="checkbox"/>																																
98. Existe cadeira/poltrona/acomodação para a mãe do recém nascido permanecer ao seu lado na UTI ou Unidade Neonatal? (ler as alternativas) 0. Não 1. Sim, para cada leito 2. Sim, para alguns leitos	<input type="checkbox"/>																																
99. Gostaríamos de saber a quantidade de alguns equipamentos disponíveis no Setor de Neonatologia:																																	
100. Em relação à dispensação de medicamentos e estoque de materiais, qual a disponibilidade dos diferentes tipos de medicamentos utilizados para assistência ao parto, ao período do recém-nascido?	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1077 828 1284 922">Quantidade disponível</th> <th data-bbox="1284 828 1439 922">Quantidade em funcionamento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1077 922 1284 1016">1. Monitores de multiparâmetros (pressão, temperatura, oximetria, frequência cardíaca, respiração)</td> <td data-bbox="1284 922 1439 1016"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1077 1016 1284 1081">2. Oxímetros de pulso (somente oximetria)</td> <td data-bbox="1284 1016 1439 1081"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1077 1081 1284 1146">3. Respiradores/Ventiladores mecânicos</td> <td data-bbox="1284 1081 1439 1146"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1077 1146 1361 1211">a. Betabloqueador (Propranolol, Atenolol, Metoprolol, Pindolol, etc.)</td> <td data-bbox="1361 1146 1439 1211"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1077 1211 1361 1276">b. Metildopa (Aldomet, Cardin, Etildopanan, Metildopa)</td> <td data-bbox="1361 1211 1439 1276"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1077 1276 1361 1341">c. Hidralazina comprimido (Apresolina, Nepresol)</td> <td data-bbox="1361 1276 1439 1341"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1077 1341 1361 1406">d. Hidralazina ampola (Apresolina, Nepresol)</td> <td data-bbox="1361 1341 1439 1406"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1077 1406 1361 1471">e. Nifedipina 10 mg (Adalat, Nifelat, Cardalin, Loncord, Oxcord.)</td> <td data-bbox="1361 1406 1439 1471"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1077 1471 1361 1597">f. ALPRAZOLAM: Apraz, Frontal, Tranquinal BROMAZEPAM: Brozepam, Lexotam, Nervium, Novazepam, Somalium; CLOBAZAM: Frizium, Urbani CLONAZEPAM: Rivotril; CLORDIAZEPÓXIDO: Psicosedim; CLOXAZOLAM: Elum, Olcadil; DIAZEPAM: Ansilive, Calmociteno, Diazepam, Kiatriun, Noam Somaplus, Valium; LORAZEPAM: Lorium, Lorax,</td> <td data-bbox="1361 1471 1439 1597"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1077 1597 1361 1662">g. Corticosteróides (Betametasona, Celestone soluspan, Dexametasona)</td> <td data-bbox="1361 1597 1439 1662"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1077 1662 1361 1727">h. Metil ergometrina comprimido (Methergin)</td> <td data-bbox="1361 1662 1439 1727"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1077 1727 1361 1792">i. Metil ergometrina ampola (Methergin)</td> <td data-bbox="1361 1727 1439 1792"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1077 1792 1361 1856">j. Ocitocina (Ocitocina, Orastina, Oxiton, Syntocinon)</td> <td data-bbox="1361 1792 1439 1856"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1077 1856 1361 1921">k. Misoprostol de 25 mcg vaginal (Citotec, Cytotec ou Misoprostol)</td> <td data-bbox="1361 1856 1439 1921"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1077 1921 1361 1986">l. Misoprostol 200 mcg vaginal (Citotec, Cytotec ou Misoprostol)</td> <td data-bbox="1361 1921 1439 1986"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Quantidade disponível	Quantidade em funcionamento	1. Monitores de multiparâmetros (pressão, temperatura, oximetria, frequência cardíaca, respiração)	<input type="checkbox"/>	2. Oxímetros de pulso (somente oximetria)	<input type="checkbox"/>	3. Respiradores/Ventiladores mecânicos	<input type="checkbox"/>	a. Betabloqueador (Propranolol, Atenolol, Metoprolol, Pindolol, etc.)	<input type="checkbox"/>	b. Metildopa (Aldomet, Cardin, Etildopanan, Metildopa)	<input type="checkbox"/>	c. Hidralazina comprimido (Apresolina, Nepresol)	<input type="checkbox"/>	d. Hidralazina ampola (Apresolina, Nepresol)	<input type="checkbox"/>	e. Nifedipina 10 mg (Adalat, Nifelat, Cardalin, Loncord, Oxcord.)	<input type="checkbox"/>	f. ALPRAZOLAM: Apraz, Frontal, Tranquinal BROMAZEPAM: Brozepam, Lexotam, Nervium, Novazepam, Somalium; CLOBAZAM: Frizium, Urbani CLONAZEPAM: Rivotril; CLORDIAZEPÓXIDO: Psicosedim; CLOXAZOLAM: Elum, Olcadil; DIAZEPAM: Ansilive, Calmociteno, Diazepam, Kiatriun, Noam Somaplus, Valium; LORAZEPAM: Lorium, Lorax,	<input type="checkbox"/>	g. Corticosteróides (Betametasona, Celestone soluspan, Dexametasona)	<input type="checkbox"/>	h. Metil ergometrina comprimido (Methergin)	<input type="checkbox"/>	i. Metil ergometrina ampola (Methergin)	<input type="checkbox"/>	j. Ocitocina (Ocitocina, Orastina, Oxiton, Syntocinon)	<input type="checkbox"/>	k. Misoprostol de 25 mcg vaginal (Citotec, Cytotec ou Misoprostol)	<input type="checkbox"/>	l. Misoprostol 200 mcg vaginal (Citotec, Cytotec ou Misoprostol)	<input type="checkbox"/>
Quantidade disponível	Quantidade em funcionamento																																
1. Monitores de multiparâmetros (pressão, temperatura, oximetria, frequência cardíaca, respiração)	<input type="checkbox"/>																																
2. Oxímetros de pulso (somente oximetria)	<input type="checkbox"/>																																
3. Respiradores/Ventiladores mecânicos	<input type="checkbox"/>																																
a. Betabloqueador (Propranolol, Atenolol, Metoprolol, Pindolol, etc.)	<input type="checkbox"/>																																
b. Metildopa (Aldomet, Cardin, Etildopanan, Metildopa)	<input type="checkbox"/>																																
c. Hidralazina comprimido (Apresolina, Nepresol)	<input type="checkbox"/>																																
d. Hidralazina ampola (Apresolina, Nepresol)	<input type="checkbox"/>																																
e. Nifedipina 10 mg (Adalat, Nifelat, Cardalin, Loncord, Oxcord.)	<input type="checkbox"/>																																
f. ALPRAZOLAM: Apraz, Frontal, Tranquinal BROMAZEPAM: Brozepam, Lexotam, Nervium, Novazepam, Somalium; CLOBAZAM: Frizium, Urbani CLONAZEPAM: Rivotril; CLORDIAZEPÓXIDO: Psicosedim; CLOXAZOLAM: Elum, Olcadil; DIAZEPAM: Ansilive, Calmociteno, Diazepam, Kiatriun, Noam Somaplus, Valium; LORAZEPAM: Lorium, Lorax,	<input type="checkbox"/>																																
g. Corticosteróides (Betametasona, Celestone soluspan, Dexametasona)	<input type="checkbox"/>																																
h. Metil ergometrina comprimido (Methergin)	<input type="checkbox"/>																																
i. Metil ergometrina ampola (Methergin)	<input type="checkbox"/>																																
j. Ocitocina (Ocitocina, Orastina, Oxiton, Syntocinon)	<input type="checkbox"/>																																
k. Misoprostol de 25 mcg vaginal (Citotec, Cytotec ou Misoprostol)	<input type="checkbox"/>																																
l. Misoprostol 200 mcg vaginal (Citotec, Cytotec ou Misoprostol)	<input type="checkbox"/>																																

m. Inibidores da contratilidade uterina (Nifedipina, Óxido nítrico, Indometacina, Sulfato de magnésio, Atosibano, Terbutalina, Salbutamol e Ritodrina)	<input type="checkbox"/>
n. Sulfato de magnésio	<input type="checkbox"/>
o. Surfactante (Curosurf, Surfaxin, Exosurf, Survanta)	<input type="checkbox"/>
p. Antihemorrágico (exceto vitamina K)	<input type="checkbox"/>
q. Vitamina K	<input type="checkbox"/>
r. Nitrato de prata	<input type="checkbox"/>
s. Rhogam/Matergam/Parthogama	<input type="checkbox"/>

10. 3º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal 9. Não soube informar	<input type="checkbox"/>
11. Nome do 3º Recém-nascido _____	
12. 4º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal 9. Não soube informar	<input type="checkbox"/>
13. Nome do 4º Recém-nascido _____	

II. IDENTIFICAÇÃO DA MÃE

“Vou fazer algumas perguntas sobre você.”

14. Qual é o seu nome completo (mãe)? _____	
15. Qual é o nome completo da sua mãe? _____	
16. Qual é a data do seu nascimento? _____	<input type="text"/>
17. Qual a sua idade?	<input type="text"/>
18. A sua cor da pele é... (ler as alternativas)	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>
1. Branca 2. Preta 3. Parda/morena/mulata 4. Amarela/oriental 5.	
20. Qual o seu endereço (Rua, bairro, município): 	
21. Ponto de referência: 	
22. Telefones para contato (com DDD):	

02. Já tinha cesárea anterior	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
03. Não queria sentir a dor do parto normal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
04. Medo de falta de vaga para internação	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
05. Medo da violência na cidade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
06. Bebê estava enrolado no cordão	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
07. Bebê estava sentado/ atravessado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
08. Bebê era grande/ não tinha passagem/ não teve dilatação/bebê não desceu/ não encaixou	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
09. Bebê passou do tempo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Sofrimento do bebê	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Pouco líquido na bolsa (amniótico)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Placenta baixa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Problema de pressão alta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Problema de diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. Infecção pelo HIV / AIDS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Verruga genital/condiloma ou problema no preventivo do colo do útero	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. Exame de cultura para streptococo na vagina e/ou ânus positivo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. Descolamento prematuro da placenta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19. Sangramento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. Outra razão não citada (responda a 39)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
39. Que razão? _____	
40. Antes da gravidez do (a) (nome do bebê), quantos filhos nasceram vivos? (incluir aqueles que faleceram logo após o nascimento) (Se 00, passar para a questão 43)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
41. Antes da gravidez do (a) (nome do bebê), algum filho nasceu vivo e morreu no primeiro mês de vida? 0. Não (vá	<input type="checkbox"/>
para 42)	1. Sim

42. Quantos?		
43. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê) , algum filho nasceu morto com 5 meses ou mais de gestação ou pesando mais de meio quilo? 0. Não (vá para 45) 1. Sim		
44. Quantos?		
45. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê) , algum filho nasceu com peso menor que dois quilos e meio? 0. Não (vá para 47) 1. Sim		
46. Quantos?		
47. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê) , algum filho nasceu prematuro (antes do tempo)? 0. Não (vá para 49) 1. Sim		
48. Quantos?		
49. Nas outras vezes em que ficou grávida você teve: (ler as opções) (preencher 9 para “não sabe se teve este problema/não soube informar”)		
50. Cerclagem/costurou o colo do útero para segurar o bebê? 0. Não 1. Sim		
51. Eclâmpsia/convulsão? 0. Não 1. Sim		
52. Problema de pressão alta que precisou fazer o parto antes do tempo? 0. Não 1. Sim		
53. Ruptura Uterina/ Útero rompeu? 0. Não 1. Sim		
54. Diabetes/ açúcar alto no sangue? 0. Não 1. Sim		
55. Você já fez alguma cirurgia no útero (por exemplo, para retirar mioma, micro cesárea para interromper gravidez, para corrigir infertilidade, para tratar perfuração pós-aborto, ou por outra causa?)		

IV. PRÉ-NATAL

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

<p>56. Quando ficou grávida, você: (ler as opções)</p> <p>1. Queria engravidar naquele momento</p>	
<p>3. Não queria engravidar</p>	
<p>57. Como você se sentiu quando soube que estava grávida do (a) (nome do bebê)? (ler as opções) 1. Satisfeita 2. Mais ou menos satisfeita 3. Insatisfeita</p>	<p style="text-align: right;"> _ _ </p>
<p>58. Você tentou interromper esta gravidez usando alguma medicação ou algum outro método?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 60) 1. Sim</p>	<p style="text-align: right;"> _ _ </p>
<p>59. Em que mês de gestação você estava?</p>	<p style="text-align: right;"> _ _ </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 style="text-align: right;"> _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ _ </p>
<p>61. Você tem certeza dessa data?</p>	<p style="text-align: right;"> _ _ </p>
<p>62. Você fez pré-natal na gravidez do (a) (nome do bebê)? 0. Não 1. Sim (vá para 65)</p>	<p style="text-align: right;"> _ _ </p>

63. Por que você não fez o pré-natal? (Não ler as opções)	
1. Não sabia que estava grávida	_ _
2. Não queria essa gravidez	_ _
3. Não achou importante	_ _
4. Não sabia que precisava	_ _
5. Não tinha dinheiro	_ _
6. Não tinha quem a acompanhasse	_ _
7. O local de atendimento era distante ou de difícil acesso	_ _
8. Não conseguiu consulta	_ _
9. O atendimento era demorado	_ _
10. Não podia ir nos horários de atendimento	_ _
11. O profissional era homem	_ _
12. Não gostava dos profissionais do serviço	_ _
13. Dificuldade de transporte	_ _
14. Outro motivo (responda a 64) questão vá para a 84)	(Ao final dessa questão vá para a 84) _ _
64. Que outro motivo? _____	
(vá para 84)	
65. Com quantas semanas ou meses de gravidez você começou o pré-natal? (Se souber informar semanas, não registrar meses. Se início do pré-natal <u>até</u> 4 meses ou 16 semanas vá para 70).	66. _ _ semanas 67. _ meses

<p>68. Por que não começou o pré-natal mais cedo? (Não ler as opções)</p> <p>1. Dificuldade de acesso (tentou, mas não conseguiu consulta antes)</p> <p>2. Dificuldades familiares (não tinha com quem deixar os filhos, não tinha quem a acompanhasse)</p> <p>3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para o transporte)</p> <p>4. Questões pessoais (não tinha certeza se queria manter esta gravidez, não acha importante iniciar o pré-natal cedo)</p> <p>5. Dificuldades relacionadas ao trabalho/escola (falta de tempo para ir às consultas)</p> <p>6. Não sabia que estava grávida</p> <p>7. Outro (responda 69)</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>69. Outro? Defina o porque! _____</p>	
<p>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></p>	<p><input type="text"/></p>
<p>71. Na gravidez do (a) (nome do bebê) você recebeu um cartão de pré-natal/cartão da gestante?</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>72. Onde foi realizada a maioria das consultas do pré-natal da gravidez do (a) (nome do bebê)? (Ler as opções. Só colocar dois serviços se o número de consultas for igual nos dois)</p> <p>1. No serviço público</p> <p>2. No serviço particular ou de plano de saúde (vá para 74)</p> <p>3. Nos dois</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>73. Em que tipo serviço foram feitas essas consultas?</p> <p>1. PSF/Posto PSF</p> <p>2. Posto de Saúde/Policlínica/Ambulatório</p> <p>3. Ambulatório do hospital</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>

<p>74. Qual profissional de saúde atendeu você durante a maior parte das consultas do pré- natal da gravidez do (a) (nome do bebê)?</p> <p>1. Médico 2. Enfermeiro 3. Parteira 4. Outro 9. Não sabe informar</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<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 style="text-align: center;"> _ </p>
<p>76. Você fez algum exame de ultrassonografia nesta gravidez?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 78) 1</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>77. Quantas ultrassonografias (USG) você realizou durante a gravidez?</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </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? 0. Não 1. Sim</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>80. Sinais de risco na gravidez que devem fazer você procurar um serviço de saúde?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p style="text-align: center;"> _ </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 style="text-align: center;"> _ </p>
<p>82. Amamentar na primeira hora de vida? 0. Não 1. Sim</p>	<p style="text-align: center;"> _ </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 style="text-align: center;"> _ </p>
<p>84. Durante a gravidez do(a) (nome do bebê), algum profissional de saúde disse que você tinha algum dos seguintes problemas: (ler as opções)</p>	

85. O colo do útero não segurava o bebê	0	<input type="checkbox"/>
86. Problemas no crescimento do bebê na sua barriga	0	<input type="checkbox"/>
87. Pouco líquido amniótico Sim (vá para 89)	0. Não 1.	<input type="checkbox"/>
88. Muito líquido amniótico 0. Não		<input type="checkbox"/>
89. Problema de sangue Rh negativo 0. Não		<input type="checkbox"/>
90. Placenta baixa/prévia 0. Não		<input type="checkbox"/>
91. Descolamento de placenta após o 7º mês de gravidez 0. Não		<input type="checkbox"/>
92. Perda de líquido amniótico porque bolsa rompeu antes da hora 0. Não		<input type="checkbox"/>
93. Diabetes/açúcar alto no sangue por causa da gravidez 0. Não		<input type="checkbox"/>
94. Pressão alta por causa da gravidez 0. Não		<input type="checkbox"/>
95. Eclâmpsia/Convulsões 0. Não		<input type="checkbox"/>
96. Ameaça de parto prematuro 0. Não		<input type="checkbox"/>
97. Sinais de sofrimento no bebê 0. Não		<input type="checkbox"/>
98. Sífilis 0. Não		<input type="checkbox"/>
99. Infecção urinária/cistite 0. Não		<input type="checkbox"/>
100. Infecção pelo HIV/AIDS		<input type="checkbox"/>
101. Toxoplasmose (que precisou tratar)		<input type="checkbox"/>
102. Exame de cultura positivo para streptococo na vagina		<input type="checkbox"/>
103. Outras doenças infecciosas para 105)	0. Não (vá 1. Sim)	<input type="checkbox"/>
104. Outras doenças infecciosas? Quais? _____		
105. Outros problemas? para 107)	0. Não (vá 1. Sim)	<input type="checkbox"/>

106. Outros problemas? Quais _____	
(Caso tenha respondido “não” para todas as opções acima, vá para 110)	
107. Você foi considerada gestante de risco? para 110)	0. Não (vá para 110) 1. Sim <input type="checkbox"/>
108. Você foi encaminhada para outro serviço por ter uma gravidez de risco?	0. Não (vá para 110) 1. Sim <input type="checkbox"/>
109. Você conseguiu ser atendida neste serviço? (ler as opções)	
0. Não 1. Sim, com dificuldade 2. Sim, sem dificuldade <input type="checkbox"/>	
110. Durante a gravidez do (a) (nome do bebê) você foi internada alguma vez?	0. Não (vá para 113) 1. Sim <input type="checkbox"/>
111. Por qual motivo? (não ler as opções)	
1. Hipertensão/pré-eclâmpsia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Sangramento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Ameaça de parto prematuro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Vômitos excessivos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Perda de líquido	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Infecção urinária	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Pouco líquido/muito líquido	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Outros (responda a 112)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
112. Outro? Qual motivo? _____	
113. Durante a gestação do (a) (nome do bebê) , você foi orientada sobre qual hospital/ maternidade/casa de parto procurar para ter o parto?	<input type="checkbox"/>

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

VI. ADMISSÃO NA MATERNIDADE

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

123. O que fez você achar que estava na hora de procurar atendimento para	
---------------------------------------------------------------------------	--

(nome do bebê)? (Não ler as opções) (Caso a mulher informe que foi à telefonou para o médico e ele mandou ela vir para a maternidade, a razão e assinalar abaixo)	
01. Porque entrou em trabalho de parto	_ _
02. A bolsa rompeu	_ _
03. Teve o sinal/perda de tampão mucoso	_ _
04. Estava com dores/contrações	_ _
05. A data para fazer minha cesariana estava marcada	_ _
06. Fui encaminhada pelo pré-natal ou PSF	_ _
7. A indução do parto em casa não funcionou	_ _
8. Estava passando mal (pressão alta, sangramento, etc...)	_ _
9. O bebê estava passando do tempo	_ _
10. O bebê não estava mexendo	_ _
11. O bebê estava em sofrimento	_ _
12. Outra (responda a 124)	_ _
124. Outra? Qual? _____	
125. Antes de ser internada neste hospital/maternidade você procurou atendimento em outro hospital/maternidade? 0. Não (vá para	_
126. Se sim, quantos?	
127. Por que não foi internada no outro hospital/maternidade?	
1. Não havia vaga 2. Não estava em trabalho de parto	_
3. Foi referenciada para outro hospital por situação de risco	_
4. Hospital sem médico plantonista/hospital sem condição de atender	
5. Não foi informada 6. Outro? (responda a 128)	

128. Outro? Descreva o motivo _____	
129. Como você veio para esta maternidade ? (ler as opções) 1. A pé 2. Carro particular 3. Ônibus/Trem/Van 4. Táxi 5. Ambulância 6. Outros (responda a 130)	_
130. Outros? Defina como veio! _____	
131. Quanto tempo se passou desde que você saiu de casa até chegar neste hospital/maternidade/casa de parto onde fez o parto? (se menos de 1 hora, anotar apenas os minutos; se mais de 1 hora e não lembrar minutos, anotar apenas horas. Preencher com 00 para as que já estavam internadas)	_ _ horas _ _ minutos
132. Depois que chegou nesse hospital/maternidade/casa de parto, quanto tempo demorou para ser atendida?	_ _ horas
(se menos de 1 hora, anotar apenas os minutos; se mais de 1 hora e não lembrar minutos, anotar apenas horas. Preencher com 00 para as que já estavam internadas)	_ _
133. Fizeram exame de toque vaginal quando você foi internada? 0. Não (vá para 135) 1. Sim	_
134. Quantos centímetros de dilatação você tinha na hora da internação? 000. Não tinha dilatação	_ _
135. Ouviram o coração do bebê na hora da admissão? Sim	_

VII. TRABALHO DE PARTO

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

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

<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>	<input type="checkbox"/>
<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 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. 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>	<input type="checkbox"/>
<p>151. Você teve acompanhante durante sua internação?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim (vá para 154)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>152. Se não, por quê? (Não ler as opções)</p> <p>1. A maternidade não permitia qualquer acompanhante</p> <p>2. Não permitia homens</p> <p>3. Só permitia para adolescente</p> <p>4. Só permitia acompanhante maior de idade</p> <p>5. Eu não sabia que podia</p> <p>6. Eu não queria</p> <p>7. Não tinha quem ficasse comigo</p> <p>8. Tinha que pagar para ficar com acompanhante</p> <p>9. 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>	<input type="checkbox"/> <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>153. Outros? Defina! _____</p> <p style="text-align: right;">(vá para o bloco VIII)</p>	
<p>154. Seu acompanhante ficou com você: (ler as opções)</p>	
<p>155. Durante o atendimento na admissão (antes de internar)?</p>	<p>0. Não <input type="checkbox"/></p>

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)? 0. Não	<input type="checkbox"/>
158. No pós-parto imediato (no centro obstétrico/recuperação)? 0. Não	<input type="checkbox"/>
159. Durante a internação após o parto (ficou junto no quarto/enfermaria)? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
160. Quem foi o seu acompanhante? (marque mais de um se for o caso) 1. Companheiro ou pai da criança 2. Amiga 3. Mãe 4. Irmã 5. Doula 6. Outra pessoa? (responda a 161)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
161. Quem? _____	
162. Esse acompanhante era a pessoa que você havia escolhido para ficar com você? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
163. Como foi a experiência de ter um acompanhante no trabalho de parto aqui no hospital? (ler as opções) 1. Ajuda muito a mulher a ficar mais tranqüila e ter um parto melhor 2. Ajuda um pouco a mulher a ficar mais tranqüila e ter um parto melhor 3. Nem ajuda nem atrapalha a ter um parto melhor 4. Deixa a mulher mais nervosa, não ajuda a ter um parto melhor	<input type="checkbox"/>

VIII. PARTO

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

164. Com quantos semanas/meses de gestação o (a) (nome do bebê) nasceu? (Se souber informar semanas, não marcar meses. Se maior que 37 semanas ou 9 meses passar para a questão 171)	165. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Semanas
167. Durante a gravidez do (a) (nome do bebê) você tomou	166. <input type="text"/> Meses

<p>176. Qual foi a posição que você ficou para ter o bebê?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deitada de costas com as pernas levantadas 2. Deitada de lado 3. Sentada / reclinada 4. Na banheira 5. De quatro apoios 6. De cócoras 7. De pé 	<input type="checkbox"/>
<p>177. Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê? (manobra de Kristeller). 0.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>178. Você sabe como ficou o seu períneo (vagina) depois do parto? (ler as opções)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Não rompeu, não cortou e não deu pontos 	
<ol style="list-style-type: none"> 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 style="text-align: right;">(Se resposta 1, 2 ou</p>	<input type="checkbox"/>
<p>179. Foi feita anestesia no local antes do corte ou antes dos pontos?</p> <p>0. Não 1. Sim, antes do corte 2. Sim, antes dos pontos 9. Não</p>	<input type="checkbox"/>
<p>180. Foi aplicada anestesia nas costas em algum momento do trabalho de parto ou parto?</p> <p>0. Não 1. Sim, no trabalho de parto 2. Sim, no parto 9. Não soube informar</p>	<input type="checkbox"/>

16. Pressão alta	_ _
17. Hemorragia	_ _
18. Diabetes	_ _
19. Medo de falta de vaga para internação	_ _
20. Medo da violência na cidade	_ _
21. Morte fetal	_ _
22. Cirurgia ginecológica anterior (plástica perineal, miomectomia, microcesárea)	_ _
23. Placenta baixa (prévia)	_ _
24. Falha de indução/a indução não funcionou	_ _
25. Outra razão não citada (responda a 187)	_ _
187. Que razão? _____	

IX. INFORMAÇÕES DO BEBÊ – Atenção! Não aplicar para natimortos

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

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

188. O bebê eliminou cocô (mecônio) quando ainda estava na sua barriga?	
0. Não 1. Sim 9. Não soube informar	_
189. Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outros), você: (ler as opções)	
1. Colocou para mamar 2. Ficou com o bebê no colo	_
3. Apenas viu o bebê 4. Não teve contato com o bebê	_
190. O bebê veio para o quarto junto com você? Sim (vá para 197)	0. Não 1. _

191. Por quê?		
1. Foi para o berçário/incubadora/berço aquecido		
2. Foi para a UI/UTI/berçário patológico		<input type="checkbox"/>
3. Outro motivo (responda a 192)		
192. Outro motivo? Qual? _____		
193. Quanto tempo depois do parto seu bebê pôde ficar com você no seu quarto?		194. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dias
(Preencher com 77 nos casos em que o bebê ainda está na UI/UTI)		195. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> horas
		196. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minutos
197. O seu bebê teve algum destes problemas ou necessidades? (ler as opções)		
(preencher 9 para “não sabe se teve este problema/não soube informar)		
198. Hipoglicemia – baixa de açúcar no sangue Não	0.	<input type="checkbox"/>
199. Malformação congênita (incluindo defeito cardíaco). Não	0.	<input type="checkbox"/>
200. Precisou de oxigênio após o nascimento Não	0.	<input type="checkbox"/>
201. O bebê ficou amarelo (icterícia) Não	0.	<input type="checkbox"/>
202. Tomou banho de luz Não	0.	<input type="checkbox"/>
203. Foi transferido para outro hospital Não	0.	<input type="checkbox"/>
204. Teve infecção Não	0.	<input type="checkbox"/>
205. Outros 207)	0. Não (vá para 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?	
------------------------------------------------	--

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

<p>215. (Aqui) no hospital, o/a (nome do bebê) recebeu outro leite ou líquido que não o do seu peito?</p> <p>0. Não (se gemelar, vá para o bloco XI, se única, vá para o bloco XVII)</p> <p>1. Sim</p> <p>8. Não se aplica (se gemelar, vá para o bloco XI, se única, vá para o bloco XVII)</p> <p>9. Não sei (se gemelar, vá para o bloco XI, se única, vá para o bloco</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>216. Por quê recebeu outro leite ou líquido? (Não ler opções)</p> <p>1. Bebê prematuro</p> <p>2. Bebê doente</p> <p>3. Leite não havia descido/estava com pouco leite</p> <p>4. Rotina hospitalar</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p> <p style="text-align: center;"> _ </p> <p style="text-align: center;"> _ </p>
<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>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>217. Outros: _____</p>	
<p>218. Como o leite foi dado ao seu bebê?</p> <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>	<p style="text-align: center;"> _ </p> <p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>219. Outros? Quais? _____</p>	

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

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

220. O bebê eliminou cocô (mecônio) quando ainda estava na sua barriga?		
0. Não 1. Sim 9. Não soube informar		_
221. Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outros), você: (ler opções)		
1. Colocou para mamar 2. Ficou com o bebê no colo 3. Apenas viu o bebê 4. Não teve contato com o bebê		_
222. O bebê veio para o quarto/enfermaria junto com você? 0. Não 1. Sim (vá para 229)		_
223. Por quê?		
1. Foi para o berçário/incubadora/berço aquecido 2. Foi para a UI/UTI/berçário patológico 3. Outro motivo (responda a 224)		_
224. Outro motivo? Qual? _____		
225. Quanto tempo depois do parto seu bebê pôde ficar com você no seu quarto?		226. _ _ dias
(Preencher com 77 nos casos em que o bebê ainda está na UI/UTI)		227. _ _ horas 228. _ _
229. O seu bebê teve algum destes problemas ou necessidades? (ler as opções) (preencher 9 para “não sabe se teve este problema/não soube informar)		
230. Hipoglicemia – baixa de açúcar no sangue	0. Não	_
231. Malformação congênita (incluindo defeito cardíaco).	0. Não	_
232. Usou oxigênio após o nascimento	0. Não	_

233. O bebê ficou amarelo (icterícia)	0. Não	__
234. Tomou banho de luz	0. Não	__
235. Foi transferido para outro hospital	0. Não	__
236. Teve infecção	0. Não	__
237. Outros	0. Não (vá para 239)	__
238. Outros? Quais? _____		

XII – ALEITAMENTO MATERNO – SEGUNDO GEMELAR

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

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

239. Você já ofereceu o peito para o seu bebê?	
0. Não (vá para 245) 1. Sim 8. Não se aplica	
240. Depois do nascimento, você deu o peito na sala de parto? 0. Não 1. Sim (vá para 247)	
241. Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (mais ou menos) (Ao final desta questão, vá para 247)	242. __ __ dias 243. __ __ horas 244. __ __ 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>246. Outros? Quais? _____</p>	
<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>

<p>248. Por quê recebeu outro leite ou líquido? (Não ler opções)</p> <p>1. Bebê prematuro</p> <p>2. Bebê doente</p> <p>3. Leite não havia descido/estava com pouco leite</p> <p>4. Rotina hospitalar</p> <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 249)</p> <p>9. Não soube informar</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>249. Outros: _____</p>	

<p>250. Como o leite foi dado ao seu bebê?</p> <p>1. Na mamadeira/chuquinha 2. No copinho</p> <p>3. Na sonda/gavagem/seringa 4. Outros (responda a 251) 9. Não soube informar</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>251. Outros? Quais? _____</p>	

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

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

<p>252. O bebê eliminou cocô (mecônio) quando ainda estava na sua barriga?</p> <p>0. Não 1. Sim 9. Não soube informar</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------

253. Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outros), você: (ler opções)		
1. Colocou para mamar 2. Ficou com o bebê no colo		_
3. Apenas viu o bebê 4. Não teve contato com o bebê		
254. O bebê veio para o quarto/enfermaria junto com você? 0. Não 1. Sim (vá para 261)		_
255. Por quê?		_
1. Foi para o berçário/incubadora/berço aquecido		
2. Foi para a UI/UTI/berçário patológico		
3. Outro motivo (responda a 256)		
256. Outro motivo? Qual? _____		
257. Quanto tempo depois do parto seu bebê pôde ficar com você no seu quarto? (Preencher com 77 nos casos em que o bebê ainda está na UI/UTI)	258. __ __ dias	
	259. __ __ horas	
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	__
263. Malformação congênita (incluindo defeito cardíaco).	0. Não	__
264. Usou oxigênio após o nascimento	0. Não	__
265. O bebê ficou amarelo (icterícia)	0. Não	__
266. Tomou banho de luz	0. Não	__
267. Foi transferido para outro hospital	0. Não	__
268. Teve infecção	0. Não	__
269. Outros	0. Não (vá para 271)	__
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)

271. Você já ofereceu o peito para o seu bebê?		<input type="checkbox"/>
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)		<input type="checkbox"/>
273. Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (mais ou menos) (Ao final desta questão, vá para 279)	274. <input type="text"/> <input type="text"/> dias	
	275. <input type="text"/> <input type="text"/> horas	
	276. <input type="text"/> <input type="text"/> minutos	
277. Por quê ainda não deu o peito ao seu bebê?		
1. Mãe HIV+		<input type="checkbox"/>
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 278)		

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).”

278. Outros? Quais? _____	
<p>279. (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 4 gemelares, vá para o bloco XV, caso seja gravidez de 3 gemelares, vá para o bloco XVII)</p> <p>1. Sim</p> <p>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)</p> <p>9. Não sei (caso gravidez de 4 gemelares, vá para o bloco XV, caso seja gravidez de 3 gemelares, vá para o bloco XVII)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>280. Por quê recebeu outro leite ou líquido? (Não ler opções)</p> <p>1. Bebê prematuro</p> <p>2. Bebê doente</p> <p>3. Leite não havia descido/estava com pouco leite</p> <p>4. Rotina hospitalar</p> <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 281)</p> <p>9. Não soube informar</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
281. Outros _____	
<p>282. Como o leite foi dado ao seu bebê?</p> <p>1. Na mamadeira/chuquinha 2. No copinho</p> <p>3. Na sonda/gavagem/seringa 4. Outros (responda a 283) 9. Não soube informar</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

283. Outros? Quais? _____

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

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

284. O bebê eliminou cocô (mecônio) quando ainda estava na sua barriga?		
0. Não 1.Sim 9. Não soube informar		
285. Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outros), você: (ler opções)		
1. Colocou para mamar 2. Ficou com o bebê no colo		
3. Apenas viu o bebê 4. Não teve contato com o bebê		
286. O bebê veio para o quarto/enfermaria junto com você? 0. Não 1. Sim (vá para 293)		
287. Por quê?		
1. Foi para o berçário/incubadora/berço aquecido		
2. Foi para a UI/UTI/berçário patológico		
3. Outro motivo (responda a 288)		
288. Outro motivo? Qual? _____		
289. Quanto tempo depois do parto seu bebê pôde ficar com você no seu quarto?	290. __ __ dias	
(Preencher com 77 nos casos em que o bebê ainda está na UI/UTI)	291. __ __ horas	
293. O seu bebê teve algum destes problemas ou necessidades? (ler as opções) (preencher 9 para “não sabe se teve este problema/não soube informar)		
294. Hipoglicemia – baixa de açúcar no sangue	0. Não	
295. Malformação congênita (incluindo defeito cardíaco).	0. Não	
296. Usou oxigênio após o nascimento	0. Não	

297. O bebê ficou amarelo (icterícia)	0. Não	<input type="checkbox"/>
298. Tomou banho de luz	0. Não	<input type="checkbox"/>
299. Foi transferido para outro hospital	0. Não	<input type="checkbox"/>
300. Teve infecção	0. Não	<input type="checkbox"/>
301. Outros	0. Não (vá para 303) 1. Sim	<input type="checkbox"/>

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?		
312. Por quê recebeu outro leite ou líquido? (Não vá para 309)	1. Sim	8. Não se aplica
304. Desde o nascimento, você deu o peito na sala de parto?	0. Não	1. Sim (vá para 305)
305. Quando o bebê começou a mamar?		
1. Bebê nasceu		
2. Bebê doente		
3. Quando tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (mais ou menos)	306. <input type="text"/> dias	
3. Leite não havia descido/estava com pouco leite	307. <input type="text"/> horas	
311)	308. <input type="text"/> minutos	
4. Rotina hospitalar		
309. Por quê ainda não deu o peito ao seu bebê?		
1. Mãe estava com soro na veia e não tinha posição para amamentar		<input type="checkbox"/>
2. Mãe HTLV+		
3. Bebê apresentado ao pediatra		
4. Bebê doente e não pode mamar		
5. Leite não desceu/pouco leite		
6. Outros (responda a 313)		
7. Estou com soro na veia e não tenho posição para amamentar		
8. Outros (responda a 310)		
9. Não soube informar		
310. Outros? Quais?		
313. Outros:		
311. (Aqui) no hospital, o/a (nome do bebê) recebeu outro leite ou líquido que não o do seu peito?		
0. Não (vá para o bloco XVII)	1. Sim	
8. Não se aplica (vá para o bloco XVII)		9. Não sei (vá para o bloco XVII)

314. Como o leite foi dado ao seu bebê?	
1. Na mamadeira/chuquinha 2. No copinho	<input type="checkbox"/>
3. Na sonda/gavagem/seringa 4. Outros (responda a 315) 9. Não soube informar	<input type="checkbox"/>
315. Outros? Quais? _____	

XVII. DADOS FAMILIARES

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

316. Você sabe ler e escrever?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
317. Qual o último grau que você cursou?	0. Nenhum (vá para 319) 1. Ensino Fundamental (1º grau)	<input type="checkbox"/>
	2. Ensino Médio (2º grau) 3. Ensino Superior (3º grau)	
318. Última série/ano que você concluiu com aprovação na escola?		<input type="checkbox"/>
319. Qual é o seu estado civil? (ler as opções)		<input type="checkbox"/>
	1. Solteira 2. Casada no papel 3. União estável/vive com companheiro	
	4. Separada 5. Viúva	
320. Você tem algum trabalho que ganhe dinheiro?	0. Não (vá para 323) 1. Sim	<input type="checkbox"/>

<p>321. Em relação a sua situação de trabalho, você: (ler as opções)</p> <p>1. Trabalha com carteira assinada</p> <p>2. Trabalha sem carteira assinada</p> <p>3. Servidora pública (municipal, estadual, federal ou militar)</p> <p>4. Empregadora</p> <p>5. Autônoma</p> <p>6. Cooperativada</p> <p>7. 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> _ </p>
<p>324. Que pessoa? _____</p>	
<p>325. Qual foi o último grau de escolaridade que o(a) chefe da família cursou?</p> <p>0. Nenhum (vá para 329) 1. Ensino Fundamental (1º grau) (vá para 326)</p> <p>2. Ensino Médio (2º grau) (vá para 327) 3. Ensino Superior (3º grau) (vá para 328)</p>	<p> _ </p>
<p>326. Última série do ensino fundamental que o(a) chefe da família concluiu na escola?</p>	<p> _ </p>
<p>327. Última série do ensino médio que o(a) chefe da família conclui na escola?</p>	<p> _ </p>
<p>328. Último ano do ensino superior que o(a) chefe da família conclui?</p>	<p> _ </p>

XVIII. IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO

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

329. Quantas pessoas moram na mesma casa, incluindo você? (não contar o RN)		<input type="text"/>
330. Quantos quartos e salas têm na sua casa?		<input type="text"/>
331. Você tem banheiro em casa de uso exclusivo da sua família?		<input type="text"/>
	0. Não (vá para a 333) 1. Sim	
332. Quantos banheiros da sua casa (dentro ou fora) têm vaso sanitário?		<input type="text"/>
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	<input type="text"/>
335. Quantos?	1. Um 2. Dois 3. Três	<input type="text"/>
336. Na sua casa tem geladeira		<input type="text"/>
337. Na sua casa tem freezer (aparelho independente ou parte de geladeira duplex)		<input type="text"/>
	0. Não 1. Sim	
338. Na sua casa tem DVD ou vídeo cassete?		<input type="text"/>
339. Na sua casa tem máquina de lavar roupa? (não incluir tanquinho)		<input type="text"/>
340. Na sua casa tem televisão em cores?	0. Não (vá para 342) 1. Sim	<input type="text"/>
341. Quantos?	1. Um 2. Dois 3. Três	<input type="text"/>
342. Na sua casa tem moto?		<input type="text"/>
343. Na sua casa tem carro particular?	0. Não (vá para 345)	<input type="text"/>
344. Quantos? de Três	1. Um 2. Dois 3. Três 4. Mais	<input type="text"/>
345. Na sua casa tem empregada mensalista? (5 dias ou mais por semana)		<input type="text"/>
	0. Não (vá para 347)	
346. Quantas? Mais de uma	1. Uma 2.	<input type="text"/>

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) ? Não	0. 1.	<input type="checkbox"/>
348. Você fumou nos primeiros cinco meses da gravidez do (nome do bebê) ?	0. Não (vá para 351) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
349. Você fumava todo dia? Não	0. 1.	<input type="checkbox"/>
350. Quantos cigarros você fumava por dia? <i>(um maço contém aproximadamente 20 cigarros)</i>		<input type="text"/>
351. Você fumou após o quinto mês da gravidez do (nome do bebê) ?	0. Não (vá para 354) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
352. Você fumava todo dia? Não	0. 1.	<input type="checkbox"/>
353. Quantos cigarros você fumava por dia? <i>(um maço contém aproximadamente 20 cigarros)</i>		<input type="text"/>
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 Se entrevistada for completamente abstinência, pular para o bloco XX		<input type="checkbox"/>
355. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
356. Seu (ex) companheiro ou seus pais se preocupam ou reclamam quando você bebe?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
357. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

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?	_
359. Quantas doses você precisa beber para se sentir “alta”, ou seja, quantas doses são necessárias para que você comece a se sentir diferente do seu jeito “normal”? (Uma dose de bebida alcoólica corresponde, por exemplo, a uma lata ou meia garrafa de cerveja, a 1 chopp, a 2 copos de cerveja, a 1 copo de vinho e uma dose de rum ou conhaque em um copo de 100 ml.)	_ _

XX. ANTECEDENTES PESSOAIS

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

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

369. Epilepsia/convulsão, antes da gestação	0. Não 1. Sim	__
370. AVC/derrame	0	__
371. Doença do fígado confirmada por médico especialista que precisa de tratamento	0. Não 1. Sim	__
372. Doença mental, que necessita de acompanhamento com especialista Não	0. Não 1. Sim	__
373. Outros 375)	0. Não (vá para 1. Sim	__
374. Outros? Quais? _____		

XXI – PLANO DE SAÚDE

“Agora vou fazer algumas perguntas sobre plano de saúde”

<p>375. Você tem direito a algum plano de saúde, particular, de empresa ou órgão público? (ler as opções)</p> <p>0. Não (vá para o bloco XXII)</p> <p>1. Sim, apenas um</p> <p>2. Sim, mais de um</p>	__
<p>376. Há quanto tempo, sem interrupção, tem direito a este plano de saúde?</p> <p>1. Até 6 meses 2. Mais de 6 meses até 1 ano</p> <p>3. Mais de 1 ano até 2 anos 4. Mais de 2 anos 9. Não soube informar</p>	__
<p>377. Esse plano é individual ou familiar? 1. Individual (vá para 379) 2. Familiar</p>	__
<p>378. Se familiar, quantas pessoas tem direito a esse plano?</p>	__ __

<p>379. Quem paga a mensalidade deste plano?</p> <p>1. Somente a empresa/empregador (vá para 381)</p> <p>2. O titular através do trabalho</p> <p>3. O titular diretamente ao plano</p> <p>9. Não soube informar (vá para 381)</p>	<input type="text"/>
<p>380. Qual o valor da mensalidade do seu plano de saúde? (considerar o plano principal caso gestante tenha mais de um)</p> <p>1. Até 30 reais</p> <p>2. Mais de 30 reais até 50 reais</p> <p>3. Mais de 50 reais até 100 reais</p> <p>4. Mais de 100 reais até 200 reais</p> <p>5. Mais de 200 reais até 300 reais</p> <p>6. Mais de 300 reais até 500 reais</p> <p>7. Mais de 500 reais</p> <p>99. Não soube informar</p>	<input type="text"/>
<p>381. Além da mensalidade, este plano de saúde cobra algum valor pelos atendimentos a que tem direito?</p> <p>0. Não 1. Sim 9. Não</p>	<input type="text"/>
<p>382. Este plano de saúde dá direito à consulta médica?</p> <p>0. Não 1. Sim 9. Não soube informar</p>	<input type="text"/>
<p>383. Este plano de saúde dá direito a internações hospitalares?</p> <p>0. Não 1. Sim 9. Não soube informar</p>	<input type="text"/>
<p>384. Este plano de saúde dá direito a assistência ao parto?</p> <p>0. Não 1. Sim 9. Não soube informar</p>	<input type="text"/>

385. Este plano de saúde dá direito a exames complementares? <p style="text-align: center;">0. Não 1. Sim 9. Não soube informar</p>	_
386. A assistência à sua atual gravidez/parto foi coberta pelo plano de saúde? (ler as opções) 1. Sim totalmente 2. Sim, para as consultas de pré-natal 3. Sim, para o parto 4. Sim, para os exames 5. Não (responda a 387)	_ _
9. Não soube informar	
387. Por quê? _____	

XXII. INFORMAÇÕES BIOMÉTRICAS

“Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu peso e altura”

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

XXIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

392. Você gostaria de dizer mais alguma coisa? 394)	_
0. Não (vá para 394) 1. Sim	

393. O que deseja dizer?		
394. Horário do término: _ _ : _ _		
395. Fotografou o cartão da gestante?	0. Não	1. Sim <input type="checkbox"/>

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

33. Doença psiquiátrica	<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)	<input type="checkbox"/>
38. Crescimento Intra Uterino Restrito (CIUR)	<input type="checkbox"/>
39. Oligodramnia	<input type="checkbox"/>
40. Polidramnia	<input type="checkbox"/>
41. Isoimunização RH	<input type="checkbox"/>
42. Placenta prévia	<input type="checkbox"/>
43. Descolamento prematuro de placenta (DPP)	<input type="checkbox"/>
44. Amniorexe prematura	<input type="checkbox"/>
45. Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/>
46. Síndromes hipertensivas (HA crônica, pré-eclâmpsia, síndrome HELLP)	<input type="checkbox"/>
47. Eclâmpsia/Convulsões	<input type="checkbox"/>
48. Ameaça de parto prematuro	<input type="checkbox"/>
49. Sofrimento fetal	<input type="checkbox"/>
50. Sífilis	<input type="checkbox"/>
51. Infecção urinária	<input type="checkbox"/>
52. Infecção pelo HIV	<input type="checkbox"/>

72. Primeira verificação: sist (em mmhg)	sist <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmhg
73. Primeira verificação: diast (em mmhg)	diast <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmhg
74. Há registro de temperatura axilar na admissão: 0. Não (vá para 76) 1. Sim	<input type="text"/>
75. Valor em °C	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> °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	<input type="text"/>
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	<input type="text"/>
78. Dilatação do colo do útero no momento da admissão: (consultar instrutivo)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
79. Número de contrações em 10 minutos no momento da admissão:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> contrações
80. Batimento Cardíaco Fetal (BCF) na admissão (ou primeiro exame):	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
81. Qual a frequência?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
83. Algum resultado da CTG alterado: 0. Não 1. Sim 9. Sem informação	<input type="text"/>
84. Realizado Dopplerfluxometria Fetal: 0. Não (vá para 86) 1. Sim, antes de vir para maternidade 2. Sim, na admissão/internação	<input type="text"/> <input type="text"/>
85. Algum Doppler alterado: 0. Não 1.Sim 9. Sem	<input type="text"/>

86. Prescrição de corticóide antes do parto: 0. Não 1. Sim, antes da internação 2. Sim, na admissão/internação	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
87. Motivo da internação: 1. Internação por trabalho de parto 2. Internação para indução do trabalho de parto 3. Internação para cesárea eletiva sem trabalho de parto (responda 88 e vá para 130) 4. Internação como gestante, por complicação clínico-obstétrica 5. Outro motivo	<input type="checkbox"/>
88. Diagnóstico na internação: Permite mais de 1 opção 1. Trabalho de parto 2. Trabalho de parto prematuro/ameaça de trabalho de parto 3. Amniorrexe prematura (Ruptura das membranas ovulares /Bolsa rota) 4. Gestação múltipla (2 ou + fetos) 5. Gestação prolongada/pós-maturidade 6. Sofrimento fetal (agudo/crônico)- Crescimento restrito (CIUR) 7. Polidramnia / Oligodramnia 8. Descolamento prematuro da placenta / DPP 9. Hemorragia vaginal 10. Eclâmpsia /convulsão 11. Hipertensão na gestação (qualquer tipo) 12. Apresentação pélvica ou outra apresentação anômala (córmica/transversa) 13. Iteratividade (cesáreas anteriores) 14. Diabetes gestacional 15. Infecção pelo HIV 16. Óbito fetal 17. Sem diagnóstico clínico-obstétrico informado 18. Outro diagnóstico (responda a 89)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
89. Outro diagnóstico. Qual? _____	
90. Intercorrência clínica. Qual? _____	
91. Houve indicação de parto cesáreo no momento da admissão/internação: 0. Não 1. Sim (vá para 130)	<input type="checkbox"/>
5. Assistência ao trabalho de parto	

92. Data da admissão/internação no pré-parto:	____/____/____
93. Hora da admissão/internação no pré-parto:	____ h ____ min
94. Trabalho de Parto: 1. Espontâneo (vá para 96) 2. Induzido sem sucesso (responda a questão 95 e depois vá para 130) 3. Induzido com sucesso 4. Não entrou em trabalho de parto (vá para 130)	____
95. Medicações/método utilizados para indução do parto: (ver folha de prescrição) 1. Ocitocina 2. Misoprostol 3. Outras	____ ____
96. O acompanhante estava presente: _____ 0. Não 1. Sim 9. Sem informação	____
97. Prescrição de dieta no trabalho de parto: 0. Dieta zero 1. Dieta líquida 2. Outro tipo de dieta 9. Sem informação	____
98. Prescrição de repouso no leito no trabalho de parto: _____ 0. Não 1. Sim	____
99. Prescrição de hidratação venosa no trabalho de parto: _____ 0. Não 1. Sim	____
100. Colocação de acesso venoso no trabalho de parto: _____ 0. Não 1. Sim	____
101. Prescrição de antibióticos no trabalho de parto: _____ 0. Não 1. Sim	____
102. Realização de tricotomia (raspagem dos pelos) na maternidade: _____ 0. Não 1. Sim	____
103. Enteróclise/enema (lavagem intestinal) antes do parto: _____ 0. Não 1. Sim	____
104. Profissional que acompanhou o trabalho de parto: 1. Médico (a) _____ 2. Enfermeiro (a) _____ obstetra/obstetriz _____ 3. Enfermeiro (a) _____ 4. Pa _____ 9. Sem informação _____	____ ____ ____
105. Presença de partograma no prontuário: _____ 0. Não (vá para 110) 1. Sim	____
106. Registro de dilatação do colo do útero no início do uso do partograma: 0. Não (vá para 108) 1. Sim	____
107. Quantos? (centímetros)	____
108. Registro do número de toques no partograma: _____ 0. Não (vá para 110) 1. Sim	____
109. Quantos?	____

137. Horário do registro de dilatação total: (partograma ou prontuário)	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> min
138. Duração do período expulsivo registrado no prontuário:	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> min
139. Realização de episiotomia:	<input type="checkbox"/>
140. Ocorrência de laceração vaginal/perineal 0. Não 1. 1º grau 2. 2º grau 3. 3º grau 4. 4º grau 5. Sim, sem especificação	<input type="checkbox"/>
141. Registro de sutura vaginal/perineal ou episiorrafia ou cicatriz de episiotomia: 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
142. Realização de manobra de Kristeller:	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
144. Qual? _____	
145. Utilização de anestesia: 0. Não 1. Peridural 2. Raquidiana 3. Peri+Raqui (combinado) 4. Geral 5. Local 6. Locorregional/nervo pudendo 9. Sem informação	<input type="checkbox"/>
7. Indicação da cesariana	
146. Informações do obstetra: (Ver folha ou relato da cirurgia. Registrar na mesma ordem da folha de descrição cirúrgica)	

<p>147. 1ª Informação do obstetra:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cesariana anterior/Iteratividade 2. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) 3. Parada de Progressão 4. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) 5. Placenta prévia 6. Sofrimento fetal/CIUR 7. Infecção pelo HIV 8. Apresentação pélvica (sentado) 9. 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) 	<input type="checkbox"/>
<p>148. Outra. Qual? _____</p>	
<p>149. 2ª Informação do obstetra:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cesariana anterior/Iteratividade 2. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) 3. Parada de Progressão 4. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) 5. Placenta prévia 6. Sofrimento fetal/CIUR 	<input type="checkbox"/>

<ol style="list-style-type: none"> 9. 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? _____	
<ol style="list-style-type: none"> 151. 3ª Informação do obstetra: <ol style="list-style-type: none"> 1. Cesariana anterior/Iteratividade 2. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) 3. Parada de Progressão 4. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) 5. Placenta prévia 6. Sofrimento fetal/CIUR 7. Infecção pelo HIV 8. Apresentação pélvica (sentado) 9. Apresentação córmica (atravessado) 10. Laqueadura tubária 11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia 12. Eclampsia 13. Síndrome HELLP 14. Diabetes 15. Oligodramnia 16. Gemelaridade 	<input type="checkbox"/>

<ul style="list-style-type: none"> 17. Prematuridade 18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada 19. Macrossomia 20. Falha de indução 21. Mal formação 22. Óbito fetal 23. Amniorrexe prematura 24. Intercorrências clínicas 25. Sem informação no prontuário 26. Outra (responda a 152) 	
152. Outra. Qual? _____	
153. 4ª Informação do obstetra: <ul style="list-style-type: none"> 1. Cesariana anterior/Iteratividade 2. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) 3. Parada de Progressão 4. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) 5. Placenta prévia 6. Sofrimento fetal/CIUR 7. Infecção pelo HIV 8. Apresentação pélvica (sentado) 9. 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 	<div style="text-align: center; margin-top: 100px;">  </div>

25. Sem informação no prontuário	
26. Outra (responda a 154)	
154. Outra. Qual? _____	
155. Tipo de anestesia:	<input type="checkbox"/>
1. Peridural 2. Raqui 3. Peri+Raqui (combinado) 4. Geral	
8. Dados sobre Near Miss Materno	
156. Apresentou alguma das seguintes alterações clínicas, em algum momento da internação:	
157. Cianose aguda	<input type="checkbox"/>
158. Respiração agônica (gasping)	<input type="checkbox"/>
159. Frequência respiratória (FR) > 40 ou < 6 ipm	<input type="checkbox"/>
160. Choque	<input type="checkbox"/>
161. Oligúria não responsiva à hidratação e medicamentos	<input type="checkbox"/>
162. Distúrbio de coagulação	<input type="checkbox"/>
163. Icterícia na presença de pré-eclâmpsia	<input type="checkbox"/>
164. Convulsões reentrantes/paralisia total	<input type="checkbox"/>
165. AVC	<input type="checkbox"/>
166. Perda da consciência maior que 12 horas	<input type="checkbox"/>
167. Perda da consciência associada a ausência de pulso	<input type="checkbox"/>
168. Apresentou alguma das seguintes alterações laboratoriais, em algum momento da internação:	
169. Saturação de O ₂ < 90% por mais de 60 minutos	<input type="checkbox"/>
170. PaO ₂ /FiO ₂ < 200 mmHg	<input type="checkbox"/>
171. Creatinina ≥ 3,5 mg/dl	<input type="checkbox"/>
172. Bilirrubina > 6 mg/dl	<input type="checkbox"/>
173. pH < 7,1	<input type="checkbox"/>
174. Lactato/ Ácido láctico > 5	<input type="checkbox"/>
175. Trombocitopenia aguda (plaquetas < 50.000)	<input type="checkbox"/>
176. Perda de consciência associada à presença de glicose e cetoácidos na urina	<input type="checkbox"/>
177. Realizou algum dos seguintes tratamentos, em algum momento da internação:	
178. Uso contínuo de drogas vasoativas (dopamina, dobutamina, adrenalina)	<input type="checkbox"/>
179. Histerectomia pós infecção ou hemorragia	<input type="checkbox"/>
180. Transfusão ≥ 5 unidades de hemácias	<input type="checkbox"/>
181. Diálise por insuficiência renal aguda	<input type="checkbox"/>
182. Intubação e ventilação mecânica ≥ 60 minutos não relacionada à anestesia	<input type="checkbox"/>
183. Ressuscitação cardiopulmonar	<input type="checkbox"/>

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

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

9. Dados do recém-nato – 1ª parte									
184. Nº do prontuário do recém-nato: (completar com 8 caso não tenha sido internado) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
185. Número da Declaração de Nascido Vivo: (completar com 9 caso não tenha a DN no prontuário) _ _ _ _ _ _ _ _ _									
186. Sexo:	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">1.</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">2.</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">3.</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Masculin</td> <td style="text-align: center;">Feminin</td> <td style="text-align: center;">Indefinido</td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> </tr> </table>	1.	2.	3.		Masculin	Feminin	Indefinido	_ _
1.	2.	3.							
Masculin	Feminin	Indefinido	_ _						
187. Peso ao nascer (em gramas):	_ _ _ _ _ g								
188. Idade gestacional pela DUM:	189. _ _ semanas 190. _ _ dias								
191. Idade gestacional pela USG:	192. _ _ semanas 193. _ _ dias								
194. Idade gestacional pelo Capurro:	195. _ _ semanas 196. _ _ dias								
197. Idade gestacional pelo New Ballard:	198. _ _ semanas 199. _ _ dias								
200. Se parto cesariano, informar as indicações constante na folha ou prontuário do RN:									
201. 1ª informação:									
<ol style="list-style-type: none"> 1. Cesariana anterior/Iteratividade 2. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) 3. Parada de Progressão 4. Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP) 5. Placenta prévia 6. Sofrimento fetal / CIUR 7. Infecção pelo HIV 8. Apresentação pélvica 9. Apresentação córmica 									

<ol style="list-style-type: none"> 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? _____	
<ol style="list-style-type: none"> 203. 2ª informação: <ol style="list-style-type: none"> 1. Cesariana anterior/Iteratividade 2. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) 3. Parada de Progressão 4. Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP) 5. Placenta prévia 6. Sofrimento fetal / CIUR 7. Infecção pelo HIV 8. Apresentação pélvica 9. Apresentação córmica 10. Laqueadura tubária 11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia 12. Eclampsia 13. Síndrome HELLP 14. Diabetes 15. Oligodramnia 16. Gemelaridade 17. Prematuridade 	<input type="checkbox"/>

<p>23. Amniorrexe prematura</p> <p>24. Intercorrências clínicas</p> <p>25. Outra (responda a 204)</p>	
<p>20 Qual? _____</p>	
<p>4</p> <p>20 3ª informação:</p> <p>5.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cesariana anterior/Iteratividade 2. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) 3. Parada de Progressão 4. Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP) 5. Placenta prévia 6. Sofrimento fetal / CIUR 7. Infecção pelo HIV 8. Apresentação pélvica 9. 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) 	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>20 Qual? _____</p> <p>6.</p>	
<p>20 4ª informação:</p> <p>7.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cesariana anterior/Iteratividade 2. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) 3. Parada de Progressão 	

6. Sofrimento fetal / CIUR 7. Infecção pelo HIV 8. Apresentação pélvica 9. Apresentação córmica 10. Laqueadura tubária 11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia 12. Eclampsia 13. Síndrome HELLP 14. Diabetes 15. Oligodramnia 16. Gemelaridade 17. Prematuridade	<input type="checkbox"/>
208 Qual? _____ .	
209 Apgar no 1°. Minuto .	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
210 Apgar no 5°. Minuto .	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Dados do recém-nato – 2ª parte	
211 Manobras de reanimação na sala de parto .	
212 O ₂ inalatório . Não	0. 1. <input type="checkbox"/>
213 Ventilação com ambú + máscara . Não	0. 1. <input type="checkbox"/>
214 Entubação oro-traqueal . Não	0. 1. <input type="checkbox"/>
215 Massagem cardíaca . Não	0. 1. <input type="checkbox"/>
216 Drogas . Não	0. 1. <input type="checkbox"/>
217 Outros . Não	0. 1. <input type="checkbox"/>
218 Qual? _____ .	

219 Outros procedimentos realizados na primeira hora após o nascimento:		
220 Aspiração de vias aéreas superiores . Não	0. 1.	<input type="checkbox"/>
221 Aspiração gástrica . Não	0. 1.	<input type="checkbox"/>
222 Vitamina K (Kanakion) . Não	0. 1.	<input type="checkbox"/>
223 Credé (colírio de nitrato de prata) . Não	0. 1.	<input type="checkbox"/>
224 Vacina contra hepatite B . Não	0. 1.	<input type="checkbox"/>
225 Foi para incubadora . Não	0. 1.	<input type="checkbox"/>
226 O bebê foi internado? . 256) 1. Sim	0. Não (vá para	<input type="checkbox"/>
227 Utilização de oxigênio após o nascimento:		
228 Hood ou circulante . Não	0. 1.	<input type="checkbox"/>
229 CPAP . Não	0. 1.	<input type="checkbox"/>
230 Ventilação mecânica . Não	0. 1.	<input type="checkbox"/>
231 Com 28 dias de vida estava em oxigenioterapia (qualquer tipo): .		
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="checkbox"/>
233 Indicação de internação em UTI neonatal: . Não	0. 1. Sim	<input type="checkbox"/>
234 Internação em UTI neonatal: . Não	0. 1. Sim	<input type="checkbox"/>
235 Utilização de surfactante: . Não	0. 1.	<input type="checkbox"/>
236 Hipoglicemia (glicemia menor do que 40) nas primeiras 48h de nascido: .		<input type="checkbox"/>
237 Uso de antibiótico · 1. Não usou		<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>
239	Nível máximo de bilirrubina nas primeiras 72h de vida:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dl 2 dígitos e 1 casa decimal
240	Apresentou malformação congênita? 0. Não	<input type="checkbox"/>
241 Outros diagnósticos durante a internação:		
242	Taquipnéia transitória 0. Não	<input type="checkbox"/>
243	Doença da membrana hialina 0. Não	<input type="checkbox"/>
244	Síndrome de aspiração meconial 0. Não	<input type="checkbox"/>
245	Hipertensão pulmonar 0. Não	<input type="checkbox"/>
246	Convulsão 0. Não	<input type="checkbox"/>
247	Enterocolite necrotizante 0. Não	<input type="checkbox"/>
248	Toxoplasmose 0. Não	<input type="checkbox"/>
249	Rubéola congênita 0. Não	<input type="checkbox"/>
250	Herpes 0. Não	<input type="checkbox"/>
251	Citomegalovírus 0. Não	<input type="checkbox"/>
252	Sífilis congênita 0. Não	<input type="checkbox"/>
253	Criança exposta ao HIV 0. Não	<input type="checkbox"/>
254	Outros 0. Não	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

13 ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
ARACAJÚ/ UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE/ HU-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Nascer em Sergipe: inquérito populacional

Pesquisador: Ricardo Queiroz Gurgel

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22488213.4.0000.5546

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 453.279

Data da Relatoria: 08/11/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto apresentado de acordo com a Plataforma Brasil, realizará um estudo transversal com aplicação de 3 questionários a mulheres no puerpério imediato nas maternidades e com 45 a 60 dias pós-parto mediante contato telefônico seguindo a metodologia do estudo multicêntrico Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento. Estimar a magnitude da cesariana desnecessária no Estado de Sergipe, as complicações imediatas e tardias por tipo de parto, maternas e neonatais, a prevalência da prematuridade e detectar associações entre prematuridade e baixo peso ao nascer segundo assistência pré-natal e tipo de parto.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Conhecer os determinantes, a magnitude e efeitos adversos decorrentes da cesariana desnecessária no Estado de Sergipe

Objetivo Secundário:

- a) Estimar a prevalência de partos cesáreos realizados em instituições públicas e privadas do Sistema de Saúde de Sergipe, segundo o nível de complexidade da instituição e localização (capital, interior); b) Descrever as características das clientes destas instituições (idade, nível socioeconômico, nível de escolaridade, história reprodutiva, cesáreas anteriores, consultas pré-natais, etc.), bem como a motivação para a opção pelo tipo de parto; c) Descrever as complicações médicas imediatas e após 45 a 60 dias por tipo de

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)2105-1805

E-mail: cephu@ufs.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
ARACAJÚ/ UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE/ HU-



Continuação do Parecer: 453.279

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE, Folha de Rosto, Carta de Anuência e Termo de Autorização da SES e das Maternidades participantes: Gabriel Soares. Amparo de Maria; Santa Helena; Zacarias Junior; São José; Santa Isabel Este projeto será submetido ao Edital da Fapitec n02/2013 para financiamento. Cronograma Exequível.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não Há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

ARACAJU, 11 de Novembro de 2013

Assinador por:
Anita Hermínia Oliveira Souza
(Coordenador)

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Município: ARACAJU

CEP: 49.060-110

Telefone: (79)2105-1805

E-mail: cephu@ufs.br