



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

DANIELA SIQUEIRA PRADO

**PRÁTICAS OBSTÉTRICAS E INFLUÊNCIA DO TIPO DE PARTO
EM RESULTADOS NEONATAIS E MATERNOS EM SERGIPE**

ARACAJU

2018

DANIELA SIQUEIRA PRADO

PRÁTICAS OBSTÉTRICAS E INFLUÊNCIA DO TIPO DE PARTO
EM RESULTADOS NEONATAIS E MATERNOS EM SERGIPE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde da Universidade Federal de
Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau
de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Queiroz Gurgel

Linha de pesquisa: Determinantes em Saúde e epidemiologia e controle das patologias
prevalentes na saúde infantil

ARACAJU
2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA BISAU
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

P896p Prado , Daniela Siqueira
Práticas obstétricas e influência do tipo de parto em resultados neonatais e maternos em Sergipe / Daniela Siqueira Prado ; Orientador Ricardo Queiroz Gurgel. – Aracaju, 2018.
175 f.

Tese (doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, 2018.

1. Trabalho de parto. 2. Parto obstétrico. 3. Episiotomia. 4. Cesárea. 5. Aleitamento Materno. 6. Resultado da gravidez. 7. Depressão pós-parto. 8. Disfunções sexuais fisiológicas. 9. Incontinência urinária. I. Gurgel, Ricardo Queiroz, orient. II. Título.

CDU 61

DANIELA SIQUEIRA PRADO

PRÁTICAS OBSTÉTRICAS E INFLUÊNCIA DO TIPO DE PARTO
EM RESULTADOS NEONATAIS E MATERNOS EM SERGIPE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde da Universidade Federal de
Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau
de Doutor em Ciências da Saúde.

Aprovada em:

Orientador: Prof. Dr Ricardo Queiroz Gurgel

1 examinador: _____

2 examinador: _____

3 examinador: _____

4 examinador: _____

5 examinador: _____

ARACAJU
2018

AGRADECIMENTOS

Ao longo dos anos de trabalho que resultaram nesta tese, pessoas contribuíram direta e indiretamente e gostaria de agradecê-los.

Inicialmente, gostaria de agradecer a Deus por ter saúde e uma mente inquieta que me faz buscar constantemente novos desafios e aprendizados.

A toda minha família, que é meu porto seguro, alicerce. Em particular aos meus pais Júlio e Luciene, meu irmão José, minha cunhada Amélia e meu marido Adriano, que sempre me motivaram a estudar e crescer, entendendo minha ausência em determinados momentos e dando suporte com minha bebê amada “Juju” para que eu pudesse me concentrar, estudar intensamente e escrever. A ela, peço desculpas pelos momentos de reclusão. Mas se é pelo exemplo que educamos, espero que ver a mãe estudando e com foco seja algo que a inspire no futuro.

À equipe Nascer em Sergipe, Rosemar Barbosa Mendes, Rosana Queiroz Gurgel, Felipa Daiana Bezerra e Andrea Medeiros, pela agradável convivência e troca de ideias. Aos estudantes que coletaram os dados, pela essencial contribuição. Às prof Silvana Granado e Bárbara Ayres, da Fundação Oswaldo Cruz, pelo treinamento da equipe local e auxílio na confecção e unificação do banco de dados. A Ikaro Daniel C. Barreto pela colaboração com a análise dos dados. Às puérperas que aceitaram participar do estudo tornando-o possível.

Aos professores do Núcleo de Pós-graduação em Ciências da Saúde, com os quais muito aprendi. Aos colegas, pelo apoio. Aos alunos da UFS que me fazem querer melhorar sempre como docente. Às componentes da minha banca de qualificação Rosana Cipolotti que muito colaborou com a elaboração dos artigos, a Marina Nogueira pelas correções e Lígia Lemos que refinou toda a forma desta tese.

Por fim, ao meu orientador Prof. Dr Ricardo Queiroz Gurgel, que sempre nos incentivou dando injeções de ânimo quando os problemas pareciam difíceis, clareando o que parecia nebuloso, levando todos à diante com seu espírito de liderança. Agradeço por ter me incluído no projeto, por sua disponibilidade e pelos ensinamentos. Ao Programa de apoio à Extensão Universitária (PROEX) pelo financiamento parcial do projeto.

RESUMO

Práticas obstétricas e influência do tipo de parto em resultados neonatais e maternos em Sergipe. Daniela Siqueira Prado, 2018.

Introdução: No Brasil, verifica-se elevada frequência de práticas obstétricas inadequadas e de cesáreas. Este procedimento pode associar-se a aumento de risco de morbidade materna e neonatal. **Objetivo:** descrever as práticas utilizadas durante o trabalho de parto e parto e fatores associados e avaliar práticas de incentivo à amamentação, complicações neonatais e maternas precoces e tardias segundo tipo de parto. **Pacientes e Métodos:** estudo tipo coorte, no período de junho de 2015 a abril de 2016, nas 11 maternidades de Sergipe, com 768 puérperas entrevistadas após 6h do parto, 45 a 60 dias e 6 a 8 meses após o parto e análise de dados do prontuário das puérperas e dos recém-nascidos. As associações entre as boas práticas e intervenções utilizadas durante o trabalho de parto e parto com as variáveis de exposição foram descritas em frequências simples, percentuais, razões de chances brutas (OR) e ajustadas (ORA) com o intervalo de confiança e as associações entre as práticas de incentivo à amamentação, as complicações neonatais e maternas precoces e tardias e as variáveis de exposição foram descritas por risco relativo (IC=95%) e pelo teste exato de Fisher. **Resultados:** alimentaram-se 10,6% das mulheres e 27,8% movimentaram-se durante o trabalho de parto; medidas não farmacológicas para alívio da dor foram realizadas em 26,1%; o partograma estava preenchido em 39,4% dos prontuários e o acompanhante esteve presente em 40,6% dos partos. Ocitocina, amniotomia e analgesia ocorreram em 59,1%, 49,3% e 4,2% das mulheres, respectivamente. O parto ocorreu na posição de litotomia em 95,2% dos casos, houve episiotomia em 43,9% e manobra de Kristeller em 31,7%. Os fatores mais associados à cesárea foram ser do setor privado de saúde (ORA=4,27;95%CI:2,44-7,47), ter maior escolaridade (ORA=4,54;95%CI:2,56-8,3) e alto risco obstétrico (ORA=1,9;95%CI:1,31-2,74). Usuárias do setor privado tiveram maior presença do acompanhante (ORA=2,12;95%CI:1,18-3,79) e analgesia (ORA=4,96;95%CI: 1,7-14,5). Os recém-nascidos de puérperas que se submeteram a cesárea tiveram menor frequência de contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto (cesárea intraparto: RR=0,18;95%CI:0,1-0,31 e cesárea eletiva: RR=0,36;95%CI:0,27-0,47) e mamaram menos na primeira hora de vida (cesárea intraparto: RR=0,43;95%CI:0,29-0,63 e cesárea eletiva: RR=0,44; 95%CI:0,33-0,59). Recém-nascidos de cesárea eletiva foram menos frequentemente colocados para mamar na sala de parto (RR=0,42;95%CI:0,2-0,88) e ficaram em menor frequência em alojamento conjunto (RR=0,85;95%CI:0,77-0,95). As mulheres submetidas a cesárea intraparto tiveram maior risco de complicações precoces (RR=1,3;95%CI:1,04-1,64; p=0,037) e de disfunção sexual (RR=1,68;95%CI:1,14-2,48; p=0,027). Não houve diferença nas frequências de complicações neonatais, incontinência urinária e de depressão segundo tipo de parto. **Conclusões:** boas práticas obstétricas são pouco utilizadas e intervenções desnecessárias são frequentes e os fatores mais associados à operação cesariana foram ser do setor privado de saúde, ter maior escolaridade e alto risco obstétrico. A cesárea associou-se negativamente às práticas de incentivo à amamentação. A cesárea após trabalho de parto associou-se a maior risco de complicações maternas precoces e a disfunção sexual seis a oito meses pós-parto.

Palavras-chave: Saúde Materno-infantil. Trabalho de parto. Parto obstétrico. Episiotomia. Cesárea. Aleitamento Materno. Resultado da gravidez. Depressão pós-parto. Disfunções sexuais fisiológicas. Incontinência urinária.

ABSTRACT

Obstetric practices and the influence of mode of delivery on neonatal and maternal outcomes in Sergipe. Daniela Siqueira Prado, 2018.

Background: Brazil has high frequency of inappropriate obstetric practices and cesarean sections. This procedure may be associated with increased maternal and perinatal morbidity. **Objective:** to describe practices and interventions used during labor and childbirth and factors associated with such practices and to evaluate the impact of mode of delivery in breastfeeding incentive practices and in neonatal and maternal complications. **Methods:** A Cohort study was conducted, between June 2015 and April 2017, at the 11 maternity hospitals in Sergipe with 768 puerperal women, interviewed in the first 24 hours after delivery, 45-60 days and 6-8 months after delivery. The associations between good practices and interventions used during labor and delivery with exposure variables were described by simple frequencies, percentages, crude and adjusted odds ratios (ORA) with the confidence interval and the association between breastfeeding incentive practices, neonatal and maternal, both short term and late complications and the exposure variables were evaluated by the relative risk (95% IC) and the Fisher exact test. **Results:** were fed 10.6% of women and 27.8% moved during labor; non-pharmacological measures for pain relief were performed in 26.1%; the partograph was filled in 39.4% of the charts and the companion was present in 40.6% of deliveries. Oxytocin, amniotomy and analgesia occurred in 59.1%, 49.3% and 4.2% of women, respectively. The delivery occurred in the lithotomy position in 95.2% of the cases, there was episiotomy in 43.9% and Kristeller's maneuver in 31.7%. The factors most associated with cesarean section were the private health sector (ORA = 4.27, 95% CI: 2.44-7.47), had higher education (ORA = 4.54, 95% CI: 2.56-8.3) and high obstetric risk (ORA = 1.9, 95% CI: 1.31-2.74). Private-sector users had a greater presence of the companion (ORA = 2.12, 95% CI: 1.18-3.79) and analgesia (ORA = 4.96, 95% CI: 1.7-14.5). The C-section delivery resulted in less skin-to-skin contact immediately after delivery (intrapartum c-section: RR=0.18; 95% CI: 0.1-0.31 and elective c-section: RR=0.36; 95% CI: 0.27-0.47) and less breastfeeding within one hour of birth (intrapartum C-section: RR=0.43; 95% CI: 0.29-0.63 and elective C-section: RR=0.44; 95% CI: 0.33-0.59). Newborns from elective c-section were less frequently breastfed in the delivery room (RR=0.42; 95% CI: 0.2-0.88) and stayed less in rooming-in (RR=0.85; 95% CI: 0.77-0.95). Women who were submitted to intrapartum c-section had greater risk of early complications (RR=1.3; 95% CI: 1.04-1.64; p=0.037) and sexual dysfunction (RR=1.68; 95% CI: 1.14-2.48; p=0.027). There was no difference in the frequency of neonatal complications, urinary incontinence and depression according to the mode of delivery. **Conclusions:** good obstetric practices are poorly performed and unnecessary interventions are frequent, and the factors most associated with cesarean delivery have been the private health sector, higher schooling and high obstetric risk. C-section was negatively associated to breastfeeding incentive practices. C-section after labor increased the risk of early maternal complications and sexual dysfunction, six to eight months after delivery.

keywords: Maternal and child health. Labor, obstetric. Delivery, obstetric. Episiotomy. Cesarean section. Breastfeeding. Pregnancy outcome. Postnatal depression. Physiological sexual dysfunction. Urinary incontinence.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Maternidades do estado de Sergipe que atendem aos critérios de inclusão para o estudo Nascer em Sergipe e número de pacientes incluído de cada maternidade. Sergipe, 2012	23
Tabela 2 - Características sócio-demográficas e aspectos obstétricos da população estudada. Período: junho de 2015 a abril de 2016. Sergipe.....	28
Tabela 3 - <i>Odds ratio</i> brutos (OR) e ajustados (ORA) para os determinantes sociodemográficos e antecedentes obstétricos das boas práticas durante trabalho de parto e parto em mulheres do estado de Sergipe. Período: junho de 2015 a abril de 2016. Sergipe.	31
Tabela 4 - <i>Odds ratio</i> brutos (OR) e ajustados (ORA) para os determinantes sociodemográficos e antecedentes obstétricos das intervenções durante trabalho de parto em mulheres do estado de Sergipe. Período: junho de 2015 a abril de 2016. Sergipe.....	32
Tabela 5 - <i>Odds ratio</i> brutos (OR) e ajustados (ORA) para os determinantes sociodemográficos e antecedentes obstétricos das intervenções durante o parto em mulheres do estado de Sergipe,. Período: junho de 2015 a abril de 2016. Sergipe.....	33
Tabela 6 - Práticas de incentivo à amamentação segundo tipo de parto em mulheres do estado de Sergipe, Período: junho de 2015 a abril de 2016. Sergipe.....	35
Tabela 7 - Desfecho neonatal adverso, complicações neonatais menores e complicações maternas precoces segundo tipo de parto em mulheres do estado de Sergipe. Período: junho de 2015 a abril de 2016. Sergipe.....	36
Tabela 8 - Complicações maternas tardias (disfunção sexual, incontinência urinária e depressão) por tipo de parto em mulheres do estado de Sergipe, Período: junho de 2015 a abril de 2016. Sergipe.....	37

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
2.1 Intervenções e práticas obstétricas e de assistência ao recém-nascido	11
2.2 Cesariana	14
2.2.1 Histórico	14
2.2.2 Epidemiologia	14
2.2.3 Indicações	15
2.2.4 Complicações maternas precoces	16
2.2.5 Complicações maternas tardias	17
2.2.6 Complicações para o recém-nascido	19
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo geral.....	21
3.2 Objetivos específicos.....	21
4 CASUÍSTICA E MÉTODOS	22
4.1 Tipo de Estudo	22
4.2 Local do Estudo	22
4.3 Tamanho da amostra	22
4.4 Critérios de inclusão para puérperas.....	23
4.5 Critérios de exclusão	23
4.6 Logística de Campo	23
4.7 Procedimentos de Coleta de Dados	24
4.8 Características Gerais dos Questionários	24
4.9 Desfechos a serem estudados e variáveis independentes.....	25
4.9.1 Variáveis e desfechos do objetivo específico 1	25

4.9.2 Variáveis e desfechos dos objetivos específicos 2 e 3	26
4.10 Análise dos Dados	26
4.11 Aspectos Éticos.....	27
5 RESULTADOS	28
5.1 Caracterização da População	28
5.2 Resultados do Objetivo específico 1	29
5.3 Resultados dos Objetivos específicos 2 e 3.....	34
6 DISCUSSÃO	38
7 CONCLUSÃO.....	44
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICE A- Termo de consentimento Livre e Esclarecido	54
ANEXO A - Questionário Hospitalar – Puérpera	56
ANEXO B - Instrumento para coleta de dados do prontuário	103
ANEXO C - Questionário <i>follow up</i> 45 a 60 dias pós-parto	128
ANEXO D – Índice de Função Sexual Feminina	140
ANEXO E - Questionário de depressão: Edinburgh Post-natal Depression Scale	146
ANEXO F – International Consultation on Incontinence Questionnaire - SF	148
APENDICE G - ARTIGO PUBLICADO PELA RAMB.....	149
APÊNDICE H - ARTIGO ACEITO PELA RSP USP	159

1 INTRODUÇÃO

O modelo de atenção a partos no Brasil, até meados do século XX, foi pautado por uma atenção domiciliar, prestada majoritariamente por obstetrizes e parteiras. Desde então, houve um processo de hospitalização e medicalização do parto com um grande incremento nas taxas de intervenções como episiotomia, uso de ocitocina e de operação cesariana (RATTNER et al., 2012).

Há duas décadas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o informe “Maternidade Segura” com recomendações sobre práticas obstétricas adequadas e as que devem ser evitadas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996). Evidências atuais levam a um resgate das características naturais e fisiológicas do parto: orienta-se deambular e permanecer em posições verticalizadas durante o primeiro período do trabalho de parto (LAWRENCE et al., 2013), oferecer alimentos para mulheres com baixo risco de complicações (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2010), estimular a presença de um acompanhante ou doula (HODNETT et al., 2007), evitar amniotomia (BERGHELLA; BAXTER; CHAUHAN, 2008) e episiotomia rotineiras (CARROLI; MIGNINI, 2009) e não fazer uso da manobra de Kristeller por causar dano à parturiente (ACMAZ et al., 2014).

Dados de pesquisa realizada em 2014, em todas as regiões do Brasil, demonstram que boas práticas são verificadas em menos de 50% dos partos (LEAL et al., 2014). A maioria das mulheres têm seu parto por cesariana (52%) e, no setor privado, essa taxa atinge 88% (LEAL et al., 2014). A tendência de incremento nas taxas de cesariana é mundial, sendo discreta na Holanda e em outros países da Europa e o Brasil é um dos países que tem maior frequência desta via de parto (HE et al., 2016).

À medida em que aumentam as taxas de cesariana, pesquisas demonstram os riscos que tal procedimento pode trazer à saúde da mulher e do recém-nascido. Estudo prospectivo demonstrou maior frequência de morbidade para as mulheres que optam por cesariana eletiva, quando comparado ao parto vaginal para os seguintes eventos: mortalidade, internação em unidade de terapia intensiva, necessidade de hemotransfusão, histerectomia, tempo de internação e uso de antibioticoterapia (VILLAR et al., 2007). Demonstra-se também maior prevalência de febre no puerpério, maior risco de ruptura uterina, hemorragia pós-parto e necessidade de remoção manual de placenta após uma primeira gestação que tenha terminado com uma operação cesariana (TAYLOR et al., 2005).

Para o recém-nascido, verifica-se menor chance de contato pele a pele, oferta de seio materno, amamentação na primeira hora de vida e alojamento conjunto nos nascidos por cesárea (MOREIRA et al., 2014). Além disto, alguns estudos demonstram maior taxa de mortalidade neonatal (ORA: 1,69;95%CI 1,35–2,11) (MACDORMAN et al., 2008).

As evidências são controversas em relação à frequência de disfunção sexual, depressão e incontinência urinária pós- parto. Há estudos que demonstram piora da função sexual e maior frequência de incontinência urinária e depressão após o parto normal (GRIFFITHS et al., 2006), enquanto outros não verificaram diferença entre os escores de função sexual, incontinência urinária ou depressão segundo tipo de parto (DABIRI et al., 2014; GOKER et al., 2012; HERRMANN et al., 2009)

Recente declaração da OMS postula que ainda não estão claros quais são os efeitos das taxas de cesárea sobre outros desfechos além da mortalidade, tais como morbidade materna e perinatal, desfechos pediátricos e bem-estar social ou psicológico. São necessários mais estudos para entender quais são os efeitos imediatos e a longo prazo da cesárea sobre a saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

O estado de Sergipe é o menor do Brasil, localizado na região nordeste. Em 2014 foram registrados 34.369 nascidos vivos e uma taxa de mortalidade materna de 61/100.000 nascidos vivos (“Ministério da Saúde [internet]. Secretaria executiva. Datasus [acesso dez 2016]), bem superior à considerada aceitável pela OMS que seria de até 20/100.000. Não há pesquisas publicadas, com amostra representativa em nível estadual, que avaliem o uso de boas práticas, intervenções no parto e consequências do tipo de parto na saúde materna e do recém-nascido. Tendo isto em vista, o objetivo deste estudo foi avaliar práticas em sala de parto e as repercussões do tipo de parto em resultados neonatais e maternos de puérperas atendidas em instituições públicas, privadas e mistas do Sistema de Saúde do estado de Sergipe.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Intervenções e práticas obstétricas e de assistência ao recém-nascido

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

Evidências baseadas em revisões sistemáticas sugerem que o enema retal traz desconforto à parturiente sem trazer benefícios (BERGHELLA; BAXTER; CHAUHAN, 2008). Deambular e permanecer em posições verticalizadas durante o primeiro período do trabalho de parto reduzem a duração do trabalho de parto, o risco de cesariana, o uso de analgesia e não trazem riscos para mãe ou para o recém-nascido (LAWRENCE et al., 2013). Imersão em água no primeiro período do trabalho de parto também reduz necessidade de analgesia e dor (BERGHELLA; BAXTER; CHAUHAN, 2008). Estudo randomizado com 70 parturientes demonstrou que, quando comparado a métodos não farmacológicos para alívio da dor, a analgesia combinada (raqui e peridural) associou-se a redução significativa do escore de dor e maior satisfação com a técnica analgésica e com o parto (ORANGE et al., 2012).

Não há justificativa para restrição de líquidos ou alimentos durante o trabalho de parto para mulheres com baixo risco de complicações (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2010). Do mesmo modo, não há evidência que suporte amniotomia rotineira, visto que esta não reduz duração de trabalho de parto, nem a taxa de cesariana (SMYTH; ALLDRED; MARKHAM, 2006). A presença de pessoa de suporte (doula) durante trabalho de parto associa-se à redução no uso de analgesia, menor taxa de parto operatório e maior satisfação materna (HODNETT et al., 2007),

caso sua presença não seja possível, a mulher deve ser encorajada a escolher um acompanhante (familiar ou amigo) (BERGHELLA; BAXTER; CHAUHAN, 2008).

A prática da episiotomia seletiva está associada a menos trauma perineal posterior, menor necessidade de sutura e menos complicações, sem haver diferenças na intensidade da dor e no trauma vaginal ou perineal grave quando comparada à episiotomia rotineira (CARROLI; MIGNINI, 2009). A manobra de Kristeller, apesar de ter se mostrado segura para o feto, aumenta o risco de laceração vaginal e cervical devendo ser evitada (ACMAZ et al., 2014). O período expulsivo (segundo período) em posição verticalizada tem menor duração, dor e necessidade de parto vaginal operatório quando comparado à posição de litotomia (BERGHELLA; BAXTER; CHAUHAN, 2008).

Até o presente, não estão bem estabelecidas as situações em que a episiotomia seria de fato necessária. Estudo randomizado comparando um grupo de mulheres submetidas a episiotomia seletiva, conforme critério do médico assistente versus não episiotomia em uma maternidade de Recife demonstrou percentual de episiotomias de 1,6% e 1,7% respectivamente. A frequência de lacerações foi de 83% em ambos os grupos com necessidade de sutura em 77% das mulheres dos dois grupos e a dor perineal foi referida por 50% das mulheres de ambos os grupos. Trauma perineal severo foi verificado em 1,8% no grupo de não episiotomias e em 2,5% no grupo de episiotomias seletivas (MELO et al., 2014).

Estudo descritivo realizado na cidade de São Paulo com 1079 partos entre 2006 e 2009 demonstra um caminho inicial rumo à adoção de boas práticas: posição materna no expulsivo semi-sentada (82,3%), lateral (16,0%), outras (1,7%); aceitação da dieta (95,6%); presença de acompanhante (93,3%); banho de aspersão (84,0%), deambulação (68,0%), massagem (60,1%), exercícios com bola suíça (51,7%); amniotomia (53,4%); ocitocina na dilatação (31,0%), banho de imersão (29,3%), ocitocina no expulsivo (25,8%) e episiotomia (14,1%) (DA SILVA et al., 2013). No estudo Nascer no Brasil verificou-se que, em mais de 70% das mulheres foi realizada a punção venosa periférica, enquanto o uso de ocitocina e a amniotomia ocorreram em cerca de 40% delas e a analgesia raqui/epidural em cerca de 30%. Durante o parto, a incidência da posição de litotomia, manobra de Kristeller e episiotomia foram de 92%, 37% e 56%, respectivamente (LEAL et al., 2014).

Desde 1992, o Ministério da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) certificam na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) instituições de saúde públicas e privadas que cumprem os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, o Cuidado Amigo da Mulher e uma série de outros requisitos que buscam a adequada atenção à

saúde da criança e da mulher (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2010).

Os dez passos para o sucesso do aleitamento materno são:

Passo 1 - Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde;

Passo 2 - Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política;

Passo 3 - Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno;

Passo 4 - Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento; conforme nova interpretação: colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais de que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário;

Passo 5 - Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos;

Passo 6 - Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista;

Passo 7 - Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos 24 horas por dia;

Passo 8 - Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda;

Passo 9 - Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes;

Passo 10 - Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade; conforme nova interpretação: encaminhar as mães a grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta, e estimular a formação e a colaboração com esses grupos ou serviços.

Estudo realizado nos Estados Unidos demonstrou que quanto menos frequentes as boas práticas de assistência ao recém-nascido, mais frequente a interrupção da amamentação antes de seis semanas após o parto. A não aderência ao quarto passo (contato precoce pele a pele/ amamentação na primeira hora pós-parto) mostrou-se como fator de risco para cessação da amamentação (OR 2,4, 95% CI=1,7-3,3) (DIGIROLAMO; GRUMMER-STRAWN; FEIN,

2001). Em pesquisa prospectiva australiana verificou-se que a cesárea associou-se a pior aderência ao quarto passo quando comparado à via vaginal (ROWE-MURRAY; FISHER, 2002). O mesmo foi observado em estudo transversal realizado em João pessoa, segundo o qual nenhuma puérpera pós-cesárea pôde ter o quarto passo conforme recomendado (SAMPAIO; BOUSQUAT; BARROS, 2016) e em pesquisa conduzida na Itália que também demonstra maior frequência de amamentação na sala de parto após parto vaginal quando comparado à cesariana (71,5% x 3,5%, $p < 0.001$) (ZANARDO et al., 2010).

2.2 Cesariana

2.2.1 Histórico

A cesárea é um procedimento antigo, sendo os primeiros relatos devidos à “Lex Regia”, promulgada pelo rei romano Numa Pompilius e depois perpetuada como “Lex Caesarea” segundo a qual uma mulher morta não poderia ser queimada ou enterrada sem a extração do feto do seu útero. Em 1610 foi realizada, na Alemanha, a primeira cesárea com parturiente viva, por trabalho de parto obstruído, mas este procedimento permaneceu letal por séculos em virtude da infecção e da falta de suturas uterinas (BOLEY JP, 1991). Suturas eficazes passaram a ser realizadas a partir de 1882 por Max Sanger e por Kehrer (BOLEY JP, 1991; LURIE; GLEZERMAN, 2003). No início do século XX, Monro Kerr propôs uma nova técnica na cirurgia cesariana e com o incremento da assepsia, anestesia, sutura e da não interferência precoce no trabalho de parto, modificou-se radicalmente a taxa de mortalidade materna que chegava a 65 a 75% e que no final desse mesmo século ficou entre 5 a 10%. Atualmente estima-se em 0,05% (TODMAN, 2007).

2.2.2 Epidemiologia

As taxas de cesárea variam entre países entre 0,4% e 40 %, e uma contínua tendência ao incremento destas taxas vem sendo observada nos últimos 30 anos (BELIZÁN et al., 1999), sendo discreta na Holanda, que aumentou de 14,3% em 2008 para 15,6% em 2011 e mais pronunciada na Turquia, que teve acréscimo de 41% para 47,7% no mesmo período (MYLONAS; FRIESE, 2015). Estudo realizado na Universidade da Califórnia verificou associação entre raça e chance de cesariana sendo o grupo de maior chance o das africanas, seguido das latinas, brancas e asiáticas (BRYANT et al., 2009).

No Brasil, em série histórica realizada em Juiz de Fora (MG), demonstrou-se que na década de 60 os percentuais de parto normal (90%) eram bem superiores aos da cesárea (4%). A partir de então, começa a haver uma queda no número de partos normais e um aumento no número de cesarianas. O movimento de queda do índice de parto normal e o aumento da cesárea fizeram com que ocorresse o encontro desses dados ao final da década de 80, mais precisamente em 1988. A partir disso, a incidência de cesárea passa a ser maior do que a de parto normal (FARIA; SAYD, 2013). Estudo realizado em 2014 demonstrou que 51,9% dos nascimentos ocorrem por cesariana, sendo 88% no setor privado de saúde (LEAL et al., 2014).

No estado de Sergipe, na cidade de Aracaju, também foi verificado incremento nas taxas de cesárea de 31,6% em 2009 (GURGEL et al., 2009) para 40,5% em 2014 (INAGAKI et al., 2014).

A definição de uma taxa ideal de cesariana elaborada pela OMS de 10% a 15% (1985) foi feita com base na avaliação das taxas de cesárea dos países que tinham menores taxas de mortalidade materna e neonatal àquela época que era de cerca de 10%. Tendo em vista que os países em questão eram desenvolvidos e países menos favorecidos economicamente poderiam ter gestantes com maior risco obstétrico, a recomendação foi de até 15%.

Estudo transversal ecológico realizado com dados de 119 países entre 1991 e 2003 demonstrou taxas de cesárea com variações interquartil de 4,0 % (2,3–9,6%), 16,1 % (13,6–21,9%) e 17,0 % (15,0–21,3%) para países de baixo, médio e alto grau de desenvolvimento respectivamente. Verificou-se que à medida que aumentava a taxa de cesariana reduziam as mortalidades materna e neonatal em países de baixo grau de desenvolvimento, mas o mesmo não foi verificado em países de médio e alto graus de desenvolvimento (ALTHABE et al., 2006).

Em documento recente, a OMS reitera que os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

2.2.3 Indicações

As indicações de cesariana podem ser agrupadas entre maternas e fetais, assim como, em absolutas e relativas. Genericamente, constituem indicações de cesarianas: herpes ativo no momento do trabalho de parto; condilomas ou outros tumores que impeçam a progressão da apresentação fetal; distócias por desproporção céfalo-pélvica, macrossomia fetal ou

apresentação pélvica; gemelaridade (levando em conta idade gestacional e apresentação); infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (a depender da carga viral e de condições ligadas ao trabalho de parto); acretismo placentário; placenta prévia central; prolapso de cordão umbilical; sofrimento fetal agudo e descolamento prematuro de placenta se a cesariana for a via de parto mais rápida; vasa previa detectado antes do trabalho de parto; dentre outras (MYLONAS; FRIESE, 2015).

Há também a indicação de cesáreas por escolha da mulher. Algumas mulheres demonstram medo das consequências fisiológicas do parto vaginal e desejo de manter sua performance sexual (BÉHAGUE; VICTORA; BARROS, 2002). Estudo realizado no Rio de Janeiro demonstra que 70% das pacientes preferiam parto normal no início do pré-natal e muitas tiveram o parto por cesárea sem justificativa evidente o que leva os autores a sugerirem o papel do obstetra na indicação (DIAS et al., 2008).

2.2.4 Complicações maternas precoces

Estudo retrospectivo com dados de partos realizados entre 1991 e 2005 no Canadá demonstrou que pacientes que tiveram parto por cesárea tiveram maior chance de ataque cardíaco (OR 5,1, 95% CI 4,1–6,3), hematoma de ferida operatória (OR 5,1, 95%CI 4,6–5,5), histerectomia (OR 3,2,95%CI2,2–4,8), infecção puerperal (OR 3,0,95%CI2,7–3,4), complicações anestésicas (OR 2,3, 95% CI 2,0–2,6), tromboembolismo venoso (OR 2,2, 95% CI 1,5–3,2), hemorragia requerendo histerectomia (OR 2,1,95%CI1,2–3,8) e maior permanência hospitalar (média de diferença 1.47 d, 95%CI1,46–1,49) que as que tiveram intenção de parto vaginal, mas menor risco de hemorragia requerendo transfusão (OR 0,4 95% CI0,2–0,8) e ruptura uterina (OR 0,5,95%CI0,2-1). A frequência de morbidade materna grave foi baixa, de 27,3/1000 após cesárea e 9/1000 após parto vaginal. Não houve diferença em relação à mortalidade ($p = 0,87$) (LIU et al., 2007).

A mortalidade materna, apesar de seu declínio, ainda representa um dos maiores desafios tanto para o sistema de saúde brasileiro como para o mundial. Em estudo realizado em 181 países, avaliando a mortalidade materna, no período de 1980-2008 verificou-se que a estimativa de morte materna no mundo reduziu de 526.300, em 1980, para 343.900, em 2008. As principais causas de morte materna, no mundo, estão relacionadas a: hemorragia, sobretudo no pós-parto com 25%; infecção, 15%; complicações por aborto, 13%; eclampsia, 12%; desproporção cefalopélvica, 8% e 20 % por causas indiretas (HOGAN et al., 2010).

Em estudo conduzido pela OMS com 24 países, demonstrou-se maior risco de morte materna, admissão em UTI, necessidade de transfusão e histerectomia após cesárea. Não foi verificado morte materna ou histerectomia em pacientes submetidas a cesárea anteparto sem indicação médica (SOUZA et al., 2010).

Pesquisa de série histórica realizada no Brasil, demonstrou que mulheres submetidas a cesáreas no período de 1992 a 2010 tiveram 3,5 vezes mais probabilidade de morrer e no período entre 2000 e 2011 verificou-se chance 5 vezes maior de ter infecção puerperal que as que tiveram parto vaginal (RATTNER et al., 2012). Pesquisa com 170 mulheres pós-parto demonstrou maior chance de dor após parto cesárea quando comparado ao vaginal (CARDOSO; ALBERTI; PETROIANU, 2010). Em estudo realizado na Suécia, verificou-se que infecção e febre no puerpério continuam a ser causas comuns de internação prolongada e readmissões nas maternidades e a cesárea intraparto apresenta um maior risco de infecção e febre quando comparado à cesárea eletiva e ao parto normal (AXELSSON; BRYNHILDSEN; BLOMBERG, 2017).

No tocante à dor, pesquisa realizada nos Estados Unidos da América (EUA) com 1573 mulheres sobre dor nos dois primeiros meses após o parto demonstrou que 48% das mulheres que deram a luz por parto normal, relataram dor perineal e 79% das que deram à luz por parto cesáreo relataram dor incisional (DECLERCQ et al., 2008). A dor perineal é experimentada em algumas mulheres, mesmo com um períneo intacto, sendo a gravidade geralmente relacionada ao grau de traumatismo tecidual. A liberação de mediadores inflamatórios pode ocorrer mesmo com o micro traumatismo do alongamento dos tecidos. Um estudo com 447 mulheres que deram à luz em um hospital no Canadá verificou que 75% das mulheres com períneo intacto relataram dor perineal no primeiro dia após o parto, com 38% ainda relatando a queixa no sétimo dia e sem relato de dor com 42 dias pós-parto. Todas as mulheres com lacerações relataram dor perineal no primeiro dia, 91% desse grupo apresentavam dor no sétimo dia e 20% com 42 dias pós-parto (MACARTHUR; MACARTHUR, 2004).

Em contraste aos achados descritos, estudo chinês do tipo coorte não verificou diferença nos resultados entre pacientes que cursaram com parto vaginal e cesariana a pedido quanto à admissão materna em UTI, hemorragia grave pós-parto, infecção materna, danos a órgãos maternos e tromboembolismo materno (LIU et al., 2015).

2.2.5 Complicações maternas tardias

A longo prazo, estudo tipo coorte com avaliação de 208 mulheres dois anos pós-parto demonstrou piora da função sexual e maior frequência de incontinência urinária e depressão após o parto normal (GRIFFITHS et al., 2006).

De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria, entende-se disfunção sexual como distúrbios no desejo e nas alterações psicofisiológicas que caracterizam a resposta sexual e causam angústia e dificuldades interpessoais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994).

A incontinência urinária é definida como qualquer perda involuntária de urina. Pode ser classificada em três tipos: incontinência urinária de esforço, que é a perda involuntária de urina sincrônica ao esforço como espirro ou tosse; incontinência de urgência, que é a perda associada ou imediatamente precedida por urgência miccional e incontinência urinária mista, que é a perda associada à urgência e ao esforço (HAYLEN et al., 2016).

A depressão pós-parto é uma condição que afeta 10% a 15% das mulheres no período puerperal e confere elevada morbidade e risco de morte para mulheres e recém-nascidos (GAVIN et al., 2005). Este quadro tem seu início em algum momento durante o primeiro ano do pós-parto, havendo maior incidência entre a quarta e oitava semana após o parto. Os sintomas incluem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, alterações alimentares e do sono, sensação de ser incapaz de lidar com novas situações e queixas psicossomáticas (SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005).

Pesquisa com 208 mulheres dois anos pós-parto demonstrou pior escore de satisfação sexual, maior frequência de incontinência urinária, incontinência a flatos, dispareunia e depressão em mulheres que tiveram parto normal, quando comparado à cesárea (GRIFFITHS et al., 2006).

Estudo transversal com 150 mulheres realizado no Iran, com 46% de cesarianas das quais 86,9% foram por solicitação materna, não verificou diferença entre os escores de função sexual pós parto normal ou cesárea (DABIRI et al., 2014). O mesmo foi observado em trabalho prospectivo com 440 mulheres realizado na Austrália que não demonstrou diferença no score do Índice de Função Sexual Feminina (IFSF) segundo tipo de parto (DE SOUZA et al., 2015). Pesquisa prospectiva realizada na Carolina do Norte (EUA) demonstrou que o tipo de parto e a realização de episiotomia não se associaram ao tempo de retorno à atividade sexual ou à anorgasmia. O único fator associado à dispareunia foi a amamentação exclusiva no terceiro mês pós-parto (CONNOLLY; THORP; PAHEL, 2005).

Na Itália, estudo com 269 mulheres demonstrou depressão seis meses pós-parto em 17,5% das puérperas e disfunção sexual em 40,9%. O parto vaginal operatório associou-se a pior função sexual quando comparado ao vaginal espontâneo e à cesárea (BARBARA et al., 2016).

Não foi verificada associação entre tipo de parto e depressão em artigo de revisão (GOKER et al., 2012). No entanto, para mulheres que desejam cesárea eletiva, ter um parto vaginal aumenta risco de síndrome de stress pós- trauma e de depressão (OLIEMAN et al., 2017).

No tocante à frequência de incontinência urinária pós-parto, estudo norueguês com 15.307 mulheres demonstrou maior chance após parto normal quando comparado à cesárea (OR1,7, 95%CI1,3-2,1) (RORTVEIT et al., 2003). Em Campinas, verificou-se prevalência de incontinência urinária pós parto de 19% e 32% após cesárea e parto vaginal respectivamente, mas a diferença não foi significativa (HERRMANN et al., 2009).

2.2.6 Complicações para o recém-nascido

Coorte de nascimentos nos Estados Unidos entre 1998 e 2001 demonstrou maior risco de mortalidade neonatal para recém-nascidos pós-parto cesárea (MACDORMAN et al., 2006). Pesquisa retrospectiva realizada em um hospital privado em São Paulo verificou maior frequência de desconforto respiratório nos nascidos por cesariana (CECILIA; CRUZ; LIPPI, 2010).

Estudo com nove países asiáticos demonstrou que parto vaginal instrumental e cesárea intra-parto com indicação associaram-se a maior risco de mortalidade perinatal. Nos partos com apresentações pélvicas ou anômalas a cesárea se mostrou protetora para morbidade/mortalidade perinatal (LUMBIGANON et al., 2010).

Além das repercussões imediatas para o recém-nascido, tais como maior prevalência de taquipnéia transitória e hipertensão pulmonar (DOHERTY; EICHENWALD, 2004), artigo de revisão demonstra maior risco da criança desenvolver problemas ao longo da vida, como asma, rinite alérgica, atopia, Diabetes Mellitus tipo 1, doença Celíaca entre outras (CHO; NORMAN, 2013).

No entanto, em pesquisa realizada no estado de São Paulo, em 2007, com a regressão logística simples, a cesárea poderia ser considerada protetora para baixa vitalidade do recém-nascido, no entanto, após ajuste de variáveis, o tipo de parto deixou de ter associação significativa com vitalidade do recém-nascido pós-parto (KILSZTAJN et al., 2007).

Na China, estudo do tipo coorte, com 66.226 mulheres, demonstrou que a cesárea a pedido esteve relacionada a menos traumas ao neonato no momento do parto, infecção neonatal, encefalopatia hipóxico-isquêmica e aspiração meconial. Ao contrário, o parto vaginal esteve associado com menos distúrbios respiratórios neonatais (0,4% x 0,6%). O estudo concluiu que os resultados foram semelhantes entre esses dois tipos de partos (vaginal e cesariana a pedido). Os resultados dos partos vaginais operatórios e das cesáreas intraparto foram piores que os dos partos vaginais ou das cesáreas a pedido (LIU et al., 2015).

Assim, justifica-se a realização de um estudo que avalie a adoção de práticas obstétricas adequadas e as repercussões do tipo de parto em resultados neonatais e maternos a curto e longo prazo, podendo contribuir para um direcionamento na reconstrução de políticas públicas para saúde da mulher no nosso estado, visando a melhoria da qualidade e assistência obstétrica e neonatal.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar práticas em sala de parto e as repercussões do tipo de parto em resultados neonatais e maternos de puérperas atendidas em instituições públicas e privadas do Sistema de Saúde do estado de Sergipe.

3.2 Objetivos específicos

3.2.1 Avaliar boas práticas utilizadas na condução dos trabalhos de parto/partos e intervenções durante o trabalho de parto/parto de acordo com variáveis sócio-demográficas e antecedentes obstétricos;

3.2.2 Descrever práticas de incentivo à amamentação, desfecho neonatal adverso, complicações neonatais menores por tipo de parto;

3.2.3 Descrever complicações maternas a curto e a longo prazo segundo tipo de parto.

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de coorte, realizado entre junho de 2015 e abril de 2016, com entrevistas presenciais com as puérperas entre 6h e 24h do parto e extração de dados do prontuário da mulher e do recém-nascido após a alta (ou óbito). Em caso de permanência hospitalar prolongada, os dados da puérpera eram extraídos após 42 dias de internação e do recém-nascido após 28 dias. Os cartões de pré-natal foram fotografados e as informações digitadas no banco de dados. Entrevistas telefônicas de *follow up* foram realizadas com 45 a 60 dias e com seis a oito meses pós-parto para pesquisa de complicações maternas e neonatais a curto e longo prazo.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado em todas as 11 maternidades do estado de Sergipe, sendo sete no interior e quatro na capital. No tocante ao financiamento, nove eram públicas (financiamento total ou em sua maior parte pelo Sistema Único de Saúde-SUS) e duas tinham financiamento privado (pelas clientes ou por planos de saúde).

4.3 Tamanho da amostra

O cálculo da amostra foi feito levando em consideração uma proporção de 38% de cesariana (DATASUS, 2011) (“Ministério da Saúde [internet]. Secretaria executiva. Datasus [acesso dez 2012]), totalizando 358 mulheres a serem entrevistadas. Este valor foi calculado para estimar a prevalência de cesariana em todo o estado de Sergipe para instituições com 500 ou mais partos, com 95% de intervalo de confiança. Considerando a possibilidade de perdas no seguimento, avaliou-se 768 puérperas e seus conceitos. Foi adotada a alocação proporcional ao tamanho da instituição para distribuir o número amostral calculado conforme Tabela 1.

Tabela 1: Maternidades do estado de Sergipe que atendem aos critérios de inclusão para o estudo Nascer em Sergipe e número de pacientes incluído de cada maternidade. Sergipe, 2012.

Unidades	Nº de partos em 2012	N
Santa Izabel	11.000	221
Nossa Senhora de Lourdes	4.544	94
Itabaiana	4.144	86
Santa Helena	4.502	86
Estância	3.443	72
Lagarto	3.153	68
Propriá	1.840	39
Capela	1.348	29
Nossa Senhora do Socorro	1.440	29
Gabriel Soares	1.000	22
Glória	956	22
Total	37.730	768

Fonte: Livros de registros das respectivas maternidades e cálculo amostral

4.4 Critérios de inclusão para puérperas

Foram incluídas todas as mulheres sorteadas admitidas nas maternidades selecionadas no período do estudo por ocasião da realização do parto e seus recém-nascidos, vivos ou mortos, com peso ao nascer $\geq 500\text{g}$ e/ou idade gestacional ≥ 22 semanas de gestação e que aceitaram participar do estudo com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

4.5 Critérios de exclusão

Mulheres que tiveram parto em trânsito ou domiciliar, aborto, que não falassem/compreendessem o idioma português e que não pudessem ser acessadas por contato telefônico posterior.

4.6 Logística de Campo

Em cada estabelecimento de saúde o período do estudo foi variável e de acordo com o número de partos por dia. Foram incluídas todas as puérperas elegíveis admitidas no estabelecimento selecionado, até completar o tamanho da amostra de cada instituição. A

coleta de dados se estendeu pelos finais de semanas e feriados e os entrevistadores permaneceram no mínimo sete dias em cada maternidade. Caso o número de puérperas pudesse ser atingido antes deste período, procedia-se a um sorteio aleatório com a limitação do número diário de entrevistadas, para que os sete dias fossem atingidos, com o intuito de serem incluídos todos os dias da semana. As mães e os recém-nascidos que foram transferidos da maternidade onde ocorreu o parto para um hospital de referência foram acompanhados pelo estudo.

4.7 Procedimentos de Coleta de Dados

Os supervisores agendaram uma visita aos estabelecimentos de saúde selecionados para entregar uma cópia do projeto e do parecer do Comitê de ética em Pesquisa, além de dois termos de consentimento livre e esclarecido: um para ser assinado pelo diretor da instituição e outro para dar ciência do que fora entregue à puérpera. Nesta ocasião foi aplicado um instrumento padronizado para conhecer a forma de organização da assistência ao parto e, assim, preparar o desenvolvimento do trabalho de campo.

As puérperas que aceitaram participar foram entrevistadas no pós-parto imediato, no horário de sua conveniência, ainda durante a internação. O cartão da gestante foi digitalizado e as informações dos prontuários foram obtidas após o término da internação da puérpera e do recém-nascido. Em 45 a 60 dias e com seis a oito meses após o parto as pacientes foram acessadas por contato telefônico para seguimento.

4.8 Características Gerais dos Questionários

Foram utilizados seis questionários. Os três primeiros elaborados pela equipe do Estudo Nascer no Brasil.

O primeiro foi aplicado à puérpera, pelo menos 6 horas depois do parto, sendo composto por variáveis de identificação materna, nível de escolaridade e de renda, condição de moradia, antecedentes obstétricos, dados antropométricos maternos, informações sobre a gestação em questão, assistência pré-natal, história obstétrica, enfermidades durante a gestação e uso de medicamentos durante a gestação, trabalho de parto e avaliação da assistência prestada a ela e ao recém-nascido (ANEXO A). Os cartões de pré-natal das gestantes foram fotocopiados ou fotografados.

O segundo questionário foi preenchido com base em dados disponíveis no prontuário médico: assistência pré-natal, admissão hospitalar, pré-parto e parto, medicamentos e intervenções realizadas, além da evolução do parto (tipo de parto, dilatação no momento da admissão, trabalho de parto espontâneo ou induzido, uso de analgesia e anestesia no trabalho de parto, complicações imediatas da anestesia, uso de partograma, uso de ocitocina, cardiotocografia na admissão e no trabalho de parto, amniotomia e o momento em que foi realizada, episiotomia, realização de manobra de Kristeller e morbidade materna) e dados relativos à assistência ao recém-nascido (ANEXO B).

Entre o 45º e 60º dia pós-parto foi aplicado o terceiro questionário à mãe, por meio de contato telefônico, para obter informações sobre o tempo de permanência no hospital, satisfação com o parto, necessidade de re-internação da mesma ou do recém-nascido, infecção de parede, infecção da episiotomia, mastite, infecção urinária, desconforto materno (dor), hemorragia pós-parto, amamentação e problemas de saúde com o recém-nascido (ANEXO C). Houve perda de seguimento de 210 (27,3%) pacientes nas ligações de 45-60 dias.

Após 6 meses do parto, por contato telefônico, foram aplicados três questionários validados no Brasil para pesquisas de campo: o Índice de função sexual feminina com 19 questões que avaliam os domínios desejo, excitação, orgasmo e satisfação sexual e indica disfunção sexual quando escore inferior a 26,5 (LEITE et al., 2007; WIEGEL; MESTON; ROSEN, 2005) (ANEXO D); a escala pós-natal de Edimburg de depressão (EPDS) com 10 questões para pesquisa de depressão pós- parto, sendo sugestivo de depressão quando escore superior a 10 pontos (SANTOS et al., 2007a) (ANEXO E) e o *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)* para avaliação qualitativa e do impacto de incontinência urinária pós-parto (NUNES TAMANINI et al., 2004) (ANEXO F). Houve perda de 450 pacientes (58%) no seguimento a longo prazo.

4.9 Desfechos a serem estudados e variáveis independentes

4.9.1 Variáveis e desfechos do objetivo específico 1

As variáveis de exposição (independentes) estudadas foram fonte de financiamento: público (pelo SUS) ou privado (particular ou por planos de saúde), localidade: capital ou interior; idade (10 a 19; 20 a 34; >35); anos de estudo (7 ou menos; 8-10; 11 ou mais); cor da pele referida (branca ou não branca); número de partos anteriores (0; 1-2; 3 ou mais) e risco obstétrico habitual ou alto risco (diabetes gestacional, hipertensão arterial gestacional ou pré-

gestacional, obesidade, HIV, idade gestacional < 37 semanas ou > 41 semanas ao nascer, gravidez múltipla, apresentações não cefálicas, peso ao nascer < 2500 ou > 4499g e < percentil 5 ou acima do percentil 95 de peso por idade gestacional). Utilizou-se a mesma classificação de risco do estudo Nacer no Brasil (DAHLEN et al., 2014).

As variáveis dependentes foram “boas práticas” e intervenções obstétricas durante trabalho de parto/parto. As boas práticas durante trabalho de parto/ parto investigadas foram: alimentação, movimentação durante trabalho de parto, uso de procedimentos não farmacológicos para alívio da dor, uso de partograma e presença do acompanhante. As intervenções durante trabalho de parto/ parto foram: uso de ocitocina, amniotomia, analgesia peridural, cesárea em pacientes que entraram em trabalho de parto (intra-parto) ou eletiva, episiotomia, uso da manobra de Kristeller e parto em posição de litotomia.

4.9.2 Variáveis e desfechos dos objetivos específicos 2 e 3

As variáveis de exposição (independentes) estudadas foram tipo de parto: normal, cesárea realizada em paciente que entrou em trabalho de parto (intra-parto) e cesárea sem trabalho de parto (eletiva); fonte de financiamento: público (pelo SUS) ou privado (particular ou por planos de saúde) e risco obstétrico habitual ou alto risco (DAHLEN et al., 2014); Hospital Amigo da Criança: sim ou não (UNICEF, 1998).

Os desfechos avaliados (variáveis dependentes) foram práticas de incentivo à amamentação: contato precoce pele a pele pós-parto, oferta de seio materno na sala de parto, amamentação na primeira hora após o parto e alojamento conjunto durante toda a hospitalização; desfecho neonatal adverso, variável que inclui: óbito neonatal (nos primeiros 28 dias de vida), peso ao nascer inferior a 1500g, índice de Apgar no quinto minuto inferior a sete, necessidade de ventilação mecânica e idade gestacional inferior a 32 semanas (MOREIRA et al., 2014). Os dois casos com malformação congênita da amostra foram excluídos da avaliação; complicações neonatais respiratórias menores: taquipnéia transitória, síndrome de aspiração de mecônio e doença da membrana hialina; complicações maternas precoces: febre, hemorragia, necessidade de hemotransfusão, dor nos pontos do períneo ou na cicatriz da cesárea e necessidade de histerectomia puerperal e complicações maternas tardias (disfunção sexual, incontinência urinária e depressão).

4.10 Análise dos Dados

Foram descritas as prevalências e respectivos intervalos de confiança para todos os desfechos do estudo. Para avaliação das associações entre as práticas obstétricas e intervenções e as variáveis independentes, utilizou-se análise multivariada. Foram ajustadas razões de chances por meio de modelo linear generalizado com distribuição Bernoulli (regressão logística) com erros padrões robustos. Eventualmente, razões de chances não puderam ser calculadas devido à ausência de observações em alguns cruzamentos entre variáveis categóricas (BARRETO; RUSSO; BRASIL, 2014). Para análise das associações entre práticas de incentivo à amamentação, complicações neonatais e maternas, por tipo de parto, utilizou-se o risco relativo e intervalos de 95% de confiança. O teste exato de Fisher foi utilizado para avaliar associação entre variáveis categóricas. O software utilizado foi o R Core Team 2017 e o nível de significância adotado foi de 5%.

4.11 Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Sergipe na Plataforma Brasil CAAE: 22488213.4.0000.5546. A identidade e os direitos dos participantes foram preservados. A pesquisa segue as recomendações da Resolução nº 466/2012 Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEPE). As puérperas assinaram o TCLE, com garantia de recusa a qualquer momento, sem sofrer qualquer dano (APÊNDICE A). A pesquisa foi considerada com riscos mínimos para os envolvidos no estudo. Os dados coletados foram arquivados em local seguro, sob a guarda dos pesquisadores, onde serão mantidos durante cinco anos. Quanto aos benefícios, após a análise das variáveis do estudo, foi possível visualizar a assistência prestada às gestantes no estado, intervenções e resultados neonatais e maternos por tipo de parto, podendo auxiliar na execução de estratégias que melhorem a assistência ao parto no estado de Sergipe.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da População

A média de idade das participantes foi de 25 anos, sendo 164 (21,4%) adolescentes e 72 (9,4%) com 35 anos ou mais. A cor da pele não branca foi auto-declarada por 659 (85,8%) puérperas. Quanto à escolaridade, 356 (46,4%) possuíam sete ou menos anos de estudo e 310 (40,4%), 8-10 anos de estudo. A maioria não tinha trabalho remunerado 456 (55,5%) e vivia com o companheiro 647 (84,3%). Em relação à paridade, 422 (54,9%) eram multíparas. Observou-se taxa de cesárea de 40,6% (Tabela 2). Segundo o tipo de financiamento, a taxa de cesariana foi de 35% nos serviços públicos e 75% no setor privado.

Tabela 2 Características sócio-demográficas e aspectos obstétricos da população estudada. Período: junho de 2015 a abril de 2016. Sergipe.

Variável	N	%
Idade		
<i>Média = 25,35 ((DP= 6,52)</i>		
10-19	164	21,4
20-34	532	69,3
>=35	72	9,4
Raça		
Branca	109	14,2
Não Branca	659	85,8
Escolaridade		
<=7 anos	356	46,4
8-10	310	40,4
>=11	101	13,2
Trabalho		
Não	426	55,5
Sim	342	44,5
Estado Civil		
Com parceiro	647	84,3
Sem parceiro	120	15,6
Paridade		
0	37	4,8
1-2	309	40,2
>3	422	54,9
Tipo de Parto		
Normal	456	59,4
Cesárea Intraparto	110	14,3
Cesárea Eletiva	202	26,3

5.2 Resultados do Objetivo específico 1

A alimentação e movimentação durante o trabalho de parto, uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor, uso do partograma para monitorização do trabalho de parto, uso de ocitocina, analgesia peridural e cesárea intra-parto foram avaliadas nas 566 (73,6%) pacientes que entraram em trabalho de parto. As intervenções no parto: episiotomia, manobra de Kristeller, parto em posição de litotomia foram avaliadas nas 456 (59,4%) pacientes que tiveram parto normal. A presença do acompanhante no parto e cesárea eletiva foram avaliadas dentre todas as pacientes do estudo. A realização de amniotomia foi avaliada em 389 pacientes que entraram em trabalho de parto sendo excluídas as que apresentaram ruptura prematura de membranas antes da admissão.

Em relação às boas práticas, 60 (10,6%) mulheres receberam alimentos e 157 (27,8%) movimentaram-se durante o trabalho de parto; medidas não farmacológicas para alívio da dor foram realizadas em 147 (26,1%); o partograma estava preenchido em 223 (39,4%) prontuários e o acompanhante esteve presente em 311 (40,6%) partos. Em relação às intervenções, o uso da ocitocina ocorreu em 334 (59,1%) e amniotomia em 191 (49,3%). A analgesia de parto foi realizada em 24 (4,2%) mulheres. O parto ocorreu na tradicional posição de litotomia em 434 (95,2%) casos, houve episiotomia em 200 (43,9%) e manobra de Kristeller em 144 (31,7%). Dentre as pacientes que entraram em trabalho de parto, 81 (14,3%) necessitaram de resolução por meio de cesariana e 202 (26,3%) mulheres do estudo tiveram cesárea eletiva. A maioria dos partos 576 (75%) foi realizada por médico obstetra e 96 (17%) por enfermeira obstetra.

As associações entre variáveis independentes (sociodemográficas e antecedentes obstétricos) e os desfechos avaliados: “boas práticas” e intervenções durante o trabalho de parto e parto, podem ser observadas, respectivamente, nas tabelas 3, 4 e 5. Após realização do ajuste para variáveis confundidoras, observa-se que ter parto com financiamento privado cursou com maior chance de ter acompanhante no trabalho de parto (ORA=2,12; 95%CI:1,18-3,79) (Tabela 3), uso de analgesia (ORA=4,96; 95%CI:1,7-14,5) (Tabela 4), indicação de cesárea intra-parto (ORA=5,89; 95%CI:3,11-11,1) ou cesárea eletiva (ORA=4,27; 95%CI: 2,44-7,47) (Tabela 5) e menor chance de uso de ocitocina (ORA=0,23; 95%CI: 0,1-0,52) (Tabela 4). As pacientes do interior tiveram maior chance de se alimentar (ORA=2,85; 95%CI:1,5-5) e de ter o parto monitorizado por partograma (ORA= 4,34; 95%CI:3-6,6) (Tabela 3), mas foram mais frequentemente submetidas à manobra de Kristeller (ORA= 1,7; 95%CI:1,1-2,6) (Tabela 5), enquanto as da capital tiveram maior presença de acompanhante

no parto (ORA=5,76; 95%CI:3,86-8,58) (Tabela 3), uso de ocitocina (ORA=4,17; 95%CI:2,8-6,21) e analgesia de parto (ORA= 7,38; 95%CI:1,65-33,1) (Tabela 4). Em relação à idade, mulheres com 10 a 34 anos tiveram mais procedimentos não farmacológicos para alívio da dor (ORA=3,12; 95%CI:1,14-8,51) (Tabela 3) e as com 10 a 19 mais partos em litotomia (ORA=16,28; 95%CI:1,75-151) que as com idade superior ou igual a 35 anos (Tabela 5). No tocante à escolaridade, as que tinham 11 ou mais anos de estudo informaram mais frequentemente a presença do acompanhante no parto que as que estudaram até sete anos (ORA=3,12; 95%CI:1,6-5,88) (Tabela 3), assim como tiveram mais cesáreas eletivas (ORA=4,54; 95%CI:2,56-16,6) (Tabela 5). Mulheres com um a dois partos prévios tiveram mais frequentemente acompanhante no parto que aquelas com três ou mais partos anteriores (ORA=1,88; 95%CI:1,2-2,7) (Tabela 3) e apresentaram menor frequência de realização de manobra de Kristeller que as com três ou mais partos prévios (ORA=0,52; 95%CI:0,34-0,81) e estas, maior risco de episiotomia que as com um a dois partos anteriores (ORA=1,7; 95%CI:1,16-2,77) (Tabela 5). Por fim, gestantes classificadas como de alto risco, tiveram maior chance de se alimentar durante o trabalho de parto (ORA=2,38; 95%CI:1,36-4,16), mais partos monitorizados por partograma (ORA=2,22; 95%CI:1,46-3,39) (Tabela 3) e maior indicação de cesárea intra-parto (ORA=2,24; 95%CI:1,44-3,47) e eletiva (ORA=1,9; 95%CI:1,31-2,74) que as gestantes de baixo risco (Tabelas 5).

Tabela 3. *Odds ratio* brutos (OR) e ajustados (ORA) para os determinantes sociodemográficos e antecedentes obstétricos das boas práticas durante trabalho de parto e parto em mulheres do estado de Sergipe. Período: junho de 2015 a abril de 2016. Sergipe.

	Alimentação OR (IC95%)	Procedimentos não farmacológicos alívio da dor OR (IC95%)	Movimentação OR (IC95%)	Partograma OR (IC95%)	Acompanhante no parto OR (IC95%)
Fonte pagamento					
Privado	0,19 (0,03-1,43)	0,54 (0,24-1,25)	0,59 (0,27-1,30)	0,61 (0,26-1,41)	6,66 (4,09-10,8)
Público	1	1	1	1	1
Localidade					
Capital	0,42 (0,24-0,74)	0,96 (0,66-1,40)	0,75 (0,51-1,09)	0,26 (0,18-0,38)	7,01 (4,87-10,1)
Interior	1	1	1	1	1
Idade					
10 a 19	1,03 (0,35-3,00)	3,12 (1,14-8,51)	1,03 (0,49-2,17)	0,76 (0,36-1,62)	0,83 (0,46-1,52)
20 a 34	0,90 (0,34-2,43)	3,00 (1,15-7,81)	0,91 (0,46-1,81)	0,87 (0,43-1,75)	0,94 (0,55-1,62)
> 35	1	1	1	1	1
Anos de Estudo					
0 a 7 anos	1,48 (0,43-5,07)	1,19 (0,56-2,55)	1,14 (0,55-2,40)	0,95 (0,46-1,96)	0,17 (0,10-0,29)
8 a 10 anos	1,34 (0,38-4,71)	0,84 (0,38-1,83)	0,78 (0,36-1,68)	0,75 (0,36-1,59)	0,28 (0,17-0,46)
>11 anos	1	1	1	1	1
Cor da pele					
Branca	1,75 (0,88-3,48)	1,18 (0,69-2,02)	1,24 (0,73-2,09)	1,34 (0,79-2,27)	1,07 (0,66-1,57)
Não Branca	1	1	1	1	1
Paridade					
0	0,71 (0,16-3,16)	0,91 (0,34-2,40)	0,63 (0,22-1,75)	1,22 (0,48-3,14)	0,86 (0,42-1,80)
1 a 2	0,63 (0,35-1,14)	0,67 (0,45-1,01)	0,62 (0,42-0,93)	1,04 (0,71-1,52)	0,70 (0,51-0,96)
>3	1	1	1	1	1
Risco obstétrico					
Habitual (baixo risco)	1	1	1	1	1
Não habitual (alto risco)	1,89 (1,09-3,29)	1,02 (0,68-1,54)	1,01 (0,67-1,51)	1,65 (1,11-2,44)	0,84 (0,60-1,16)
	ORA (IC95%)	ORA (IC95%)		ORA (IC95%)	ORA (IC95%)
Fonte pagamento					
Privado					2,12 (1,18-3,79)
Público					1
Localidade					
Capital	0,35 (0,20-0,63)			0,23 (0,15-0,33)	5,76 (3,86-8,58)
Interior	1			1	1
Idade					
10 a 19		3,12 (1,14-8,51)			
20 a 34		3,00 (1,15-7,81)			
> 35		1			
Anos de Estudo					
0 a 7 anos					0,32 (0,17-0,61)
8 a 10 anos					0,42 (0,23-0,77)
>11 anos					1
Paridade					
0					0,66 (0,29-1,50)
1 a 2					0,53 (0,36-0,78)
>3					1
Risco obstétrico					
Habitual (baixo risco)	1			1	
Não habitual (alto risco)	2,38 (1,36-4,16)			2,22 (1,46-3,39)	

OR – *Odds ratio* brutos; ORA – *Odds ratio* ajustados; IC95% - Intervalo com 95% de Confiança;

Tabela 4. *Odds ratio* brutos (OR) e ajustados (ORA) para os determinantes sociodemográficos e antecedentes obstétricos das intervenções durante trabalho de parto em mulheres do estado de Sergipe. Período: junho de 2015 a abril de 2016. Sergipe.

	Ocitocina OR (IC95%)	Analgesia OR (IC95%)	Amniotomia OR (IC95%)
Fonte pagamento			
Privado	0,53 (0,24-1,18)	14,3 (4,69-43,8)	1,45 (0,49-4,28)
Público	1	1	1
Localidade			
Capital	3,79 (2,55-5,62)	14,9 (1,95-113)	0,86 (0,55-1,34)
Interior	1	1	1
Idade			
10 a 19	1,48 (0,68-3,22)	*	1,35 (0,52-3,48)
20 a 34	1,16 (0,57-2,37)	*	1,39 (0,57-3,39)
> 35	1	1	1
Anos de Estudo			
0 a 7 anos	1,99 (0,93-4,29)	0,08 (0,02-0,36)	1,20 (0,46-3,13)
8 a 10 anos	2,36 (1,08-5,19)	0,35 (0,10-1,12)	1,45 (0,54-3,85)
>11 anos	1	1	1
Cor da pele			
Branca	0,70 (0,41-1,18)	1,52 (0,42-5,45)	1,20 (0,64-2,27)
Não Branca	1	1	1
Paridade			
0	0,66 (0,25-1,76)	2,56 (0,30-22,2)	1,14 (0,37-3,52)
1 a 2	0,80 (0,54-1,18)	1,87 (0,67-5,26)	0,77 (0,49-1,22)
>3	1	1	1
Risco obstétrico			
Habitual (baixo risco)	1	1	1
Não habitual (alto risco)	1,04 (0,69-1,57)	1,45 (0,52-4,08)	0,77 (0,47-1,24)
	ORA (IC95%)	ORA (IC95%)	
Fonte pagamento			
Privado	0,23 (0,10-0,52)	4,96 (1,70-14,5)	
Público	1	1	
Localidade			
Capital	4,17 (2,80-6,21)	7,38 (1,65-33,1)	
Interior	1	1	

OR – *Odds ratio* bruto; ORA – *Odds ratio* ajustado; IC95% - Intervalo com 95% de Confiança;

*OR não puderam ser calculadas devido a problemas numéricos (BARRETO; RUSSO; BRASIL, 2014)

Tabela 5. *Odds ratio* brutos (OR) e ajustados (ORA) para os determinantes sociodemográficos e antecedentes obstétricos das intervenções durante o parto em mulheres do estado de Sergipe,. Período: junho de 2015 a abril de 2016. Sergipe.

	Kristeller OR (IC95%)	Litotomia OR (IC95%)	Episiotomia OR (IC95%)	C Intraparto OR (IC95%)	C Eletiva OR (IC95%)
Fonte pagamento					
Privado	1,61 (0,63-4,09)	0,91 (0,12-7,19)	1,80 (0,71-4,59)	5,48 (2,90-10,3)	5,50 (3,59-8,43)
Público	1	1	1	1	1
Localidade					
Capital	0,57 (0,38-0,85)	1,00 (0,43-2,37)	0,73 (0,48-1,10)	2,11 (1,35-3,27)	1,20 (0,87-1,66)
Interior	1	1	1	1	1
Idade					
10 a 19	1,50 (0,66-3,44)	16,28 (1,75-151)	2,98 (1,15-7,68)	0,40 (0,18-0,89)	0,37 (0,20-0,70)
20 a 34	0,92 (0,42-2,01)	2,30 (0,73-7,31)	2,17 (0,89-5,32)	0,68 (0,34-1,35)	0,74 (0,44-1,24)
> 35	1	1	1	1	1
Anos de Estudo					
0 a 7 anos	0,56 (0,25-1,28)	2,88 (0,75-11,1)	0,76 (0,32-1,85)	0,32 (0,16-0,64)	0,13 (0,08-0,22)
8 a 10 anos	0,69 (0,30-1,61)	2,67 (0,66-10,8)	1,21 (0,51-3,12)	0,52 (0,26-1,05)	0,28 (0,17-0,44)
>11 anos	1	1	1	1	1
Cor da pele					
Branca	1,43 (0,80-2,54)	3,14 (0,41-23,7)	1,10 (0,60-2,00)	1,56 (0,89-2,72)	1,19 (0,77-1,87)
Não Branca	1	1	1	1	1
Paridade					
0	1,54 (0,58-4,13)	0,91 (0,11-7,37)	2,64 (0,80-8,69)	1,74 (0,66-4,63)	1,79 (0,89-3,61)
1 a 2	0,51 (0,33-0,79)	1,37 (0,54-3,48)	0,56 (0,36-0,86)	1,42 (0,93-2,19)	1,05 (0,75-1,46)
>3	1	1	1	1	1
Risco obstétrico					
Habitual (baixo risco)	1	1	1	1	1
Não habitual (alto risco)	0,67 (0,42-1,06)	1,37 (0,50-3,80)	0,73 (0,46-1,15)	2,09 (1,36-3,20)	1,46 (1,05-2,04)
	ORA (IC95%)	ORA (IC95%)	ORA (IC95%)	ORA (IC95%)	ORA (IC95%)
Fonte pagamento					
Privado				5,89 (3,11-11,1)	4,27 (2,44-7,47)
Público				1	1
Localidade					
Capital	0,57 (0,38-0,85)				0,53 (0,36-0,80)
Interior	1				1
Idade					
10 a 19		16,28 (1,75-151)			
20 a 34		2,30 (0,73-7,31)			
> 35		1			
Anos de Estudo					
0 a 7 anos					0,22 (0,12-0,39)
8 a 10 anos					0,43 (0,25-0,73)
>11 anos					1
Paridade					
0	1,48 (0,54-4,05)		2,64 (0,80-8,69)		
1 a 2	0,52 (0,34-0,81)		0,56 (0,36-0,86)		
>3	1		1		
Risco obstétrico					
Habitual (baixo risco)				1	1
Não habitual (alto risco)				2,24 (1,44-3,47)	1,90 (1,31-2,74)

OR – *Odds ratio* bruto; ORA – *Odds ratio* ajustado; IC95% - Intervalo com 95% de Confiança

5.3 Resultados dos Objetivos específicos 2 e 3

Foi verificado contato precoce pele a pele após o parto em 314 (41%) casos, foi oferecido seio na sala de parto a 60 (7,8%) recém-nascidos, 254 (33,1%) tiveram aleitamento materno na primeira hora após o parto e 567 (75,1%) ficaram em alojamento conjunto durante toda a hospitalização. Desfecho neonatal adverso foi demonstrado em 46 (6%) casos, sendo 1,45% de óbitos neonatais, 1,2% de peso < 1500g, 1,3% de índice de Apgar no 5º minuto <7, 3,2% de necessidade de ventilação mecânica e 2,1% de idade gestacional < 32 sem. Complicações neonatais menores em 20 (2,6%), distribuídas em taquipneia transitória em 2%, doença da membrana hialina em 0,4% e síndrome de aspiração de mecônio em 0,4%.

Complicações maternas precoces ocorreram em 359 (46,8%), tendo sido dor a mais frequente (46,1% no períneo e 46,7% na ferida operatória de cesárea), seguida de febre alta (26,3%) e de sangramento intenso (15,5%). Não houve necessidade de transfusão ou histerectomia puerperal na população estudada. A frequência de disfunção sexual, incontinência urinária e depressão pós-parto foi de, respectivamente, 36,4%, 11,8% e 19,1%. O impacto da incontinência urinária foi considerado significativo por 4% das mulheres (ICIQSF≤14).

Os recém-nascidos de puérperas que se submeteram a cesárea tiveram menor frequência de contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto (cesárea intraparto: RR=0,18; 95%CI:0,1-0,31 e cesárea eletiva: RR=0,36; 95%CI:0,27-0,47) e mamaram menos na primeira hora de vida (cesárea intraparto: RR=0,43; 95%CI:0,29-0,63 e cesárea eletiva: RR=0,44; 95%CI:0,33-0,59), quando comparados aos nascidos de parto vaginal. Recém-nascidos de cesárea eletiva foram menos frequentemente colocados para sugar o seio materno na sala de parto (RR=0,42; 95%CI:0,2-0,88) bem como ficaram em menor frequência em alojamento conjunto (RR=0,85; 95%CI:0,77-0,95) quando comparados aos nascidos de parto vaginal e cesárea intraparto. Nos hospitais certificados como amigo da criança, verificou-se, em maior frequência, o contato pele a pele precoce (RR=1,51; 95%CI:1,27-1,8; p<0,001) e alojamento conjunto (RR=1,32; 95%CI:1,21-1,43; p<0,001) (Tabela 6).

Tabela 6: Práticas de incentivo à amamentação segundo tipo de parto em mulheres do estado de Sergipe, Período: junho de 2015 a abril de 2016. Sergipe.

	Contato pele a pele logo após o nascimento		Ofereceu seio na sala de parto		Mamou na 1ª Hora		Alojamento Conjunto	
	N (%)	RR (IC95%) p-valor	N (%)	RR (IC95%) p-valor	N (%)	RR (IC95%) p-valor	N (%)	RR (IC95%) p-valor
Global								
Cesárea Intra-Parto	11 (10,2)	0,18 (0,10-0,31) <0,001	7 (6,8)	0,64 (0,30-1,38) 0,275	21 (23,1)	0,43 (0,29-0,63) <0,001	81 (73,6)	0,93 (0,83-1,05) 0,250
Cesárea Eletiva	42 (20,8)	0,36 (0,27-0,47) <0,001	8 (4,5)	0,42 (0,20-0,88) 0,017	39 (23,9)	0,44 (0,33-0,59) <0,001	136 (67,3)	0,85 (0,77-0,95) 0,002
Normal	262 (58,0)	1	45 (10,6)	1	194 (53,7)	1	355 (78,9)	1
Baixo Risco Público								
Cesárea Intra-Parto	5 (10,6)	0,18 (0,08-0,42) <0,001	3 (7,1)	0,68 (0,22-2,13) 0,783	11 (30,6)	0,56 (0,34-0,93) 0,008	36 (76,6)	0,93 (0,79-1,10) 0,418
Cesárea Eletiva	9 (12,2)	0,21 (0,11-0,39) <0,001	5 (7,1)	0,68 (0,27-1,68) 0,507	19 (30,2)	0,55 (0,37-0,82) 0,001	58 (78,4)	0,95 (0,84-1,08) 0,504
Normal	179 (58,5)	1	31 (10,5)	1	137 (54,6)	1	251 (82,3)	1
Baixo Risco Privado								
Cesárea Intra-Parto	1 (7,7)	0,09 (0,01-0,61) <0,001	0 (0)	* 0,498	0 (0)	* 0,225	10 (76,9)	1,38 (0,83-2,30) 0,275
Cesárea Eletiva	21 (45,7)	0,52 (0,35-0,77) 0,005	2 (4,8)	0,40 (0,06-2,64) 0,571	2 (5,0)	0,23 (0,04-1,25) 0,103	30 (65,2)	1,17 (0,74-1,87) 0,569
Normal	15 (83,3)	1	2 (11,8)	1	3 (21,4)	1	10 (55,6)	1
Alto Risco Público								
Cesárea Intra-Parto	4 (10,5)	0,20 (0,08-0,50) <0,001	3 (7,7)	0,70 (0,21-2,37) 0,760	9 (26,5)	0,46 (0,26-0,83) 0,003	27 (67,5)	0,92 (0,72-1,17) 0,544
Cesárea Eletiva	5 (7,8)	0,15 (0,06-0,34) <0,001	1 (1,9)	0,18 (0,02-1,32) 0,063	18 (38,3)	0,67 (0,45-0,99) 0,049	39 (60,9)	0,83 (0,66-1,04) 0,096
Normal	67 (53,6)	1	12 (10,9)	1	54 (57,4)	1	91 (73,4)	1
Alto Risco Privado								
Cesárea Intra-Parto	1 (10)	0,30 (0,03-3,49) 0,423	1 (10)	* 1,000	1 (11,1)	* 1,000	8 (80)	0,80 (0,57-1,09) 1,000
Cesárea Eletiva	7 (38,9)	1,17 (0,21-0,77) 1,000	0 (0)	* 1,000	0 (0)	* 1,000	9 (50)	0,50 (0,31-0,79) 0,229
Normal	1 (33,3)	1	0 (0)	* 1,000	0 (0)	* 1,000	3 (100)	1 1
Hospital Amigo da Criança								
Sim	186 (50,0)	1,51 (1,27-1,80) <0,001	31 (8,8)	1,07 (0,66-1,74) 0,789	126 (40,8)	0,97 (0,81-1,18) 0,806	318 (85,7)	1,32 (1,21-1,43) <0,001
Não	129 (33,1)	1	29 (8,2)	1	128 (41,8)	1	254 (65,0)	1

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

Não foi verificado diferença na frequência de desfechos neonatais adversos ou complicações neonatais respiratórias menores em função do tipo de parto (Tabela 7).

Tabela 7: Desfecho neonatal adverso, complicações neonatais menores e complicações maternas precoces segundo tipo de parto em mulheres do estado de Sergipe. Período: junho de 2015 a abril de 2016. Sergipe.

	Desfecho neonatal adverso		Complicações neonatais menores		Complicações Maternas Precoces	
	N (%)	RR (IC95%) p-valor	N (%)	RR (IC95%) p-valor	N (%)	RR (IC95%) p-valor
Global						
Cesárea Intra-Parto	7 (6,4)	1,04 (0,46-2,31) 1,000	2 (1,8)	0,83 (0,18-3,73) 1,000	47 (59,5)	1,30 (1,04-1,64) 0,037
Cesárea Eletiva	11 (5,4)	0,89 (0,45-1,75) 0,858	8 (4,0)	1,81 (0,72-4,51) 0,204	63 (42)	0,92 (0,73-1,16) 0,526
Normal	28 (6,1)	1	10 (2,2)	1	104 (45,6)	1
Baixo Risco Público						
Cesárea Intra-Parto	1 (2,1)	0,65 (0,09-5,00) 1,000	2 (4,3)	6,55 (0,95-45,4) 0,087	22 (61,1)	1,17 (0,87-1,59) 0,356
Cesárea Eletiva	1 (1,4)	0,42 (0,05-3,20) 0,699	1 (1,4)	2,08 (0,19-22,6) 0,477	19 (38)	0,73 (0,50-1,07) 0,102
Normal	10 (3,2)	1	2 (0,6)	1	77 (52)	1
Baixo Risco Privado						
Cesárea Intra-Parto	1 (7,7)	1,38 (0,09-20,2) 1,000	0 (0)	* **	2 (28,6)	1,24 (0,27-5,75) 1,000
Cesárea Eletiva	1 (2,2)	0,39 (0,03-5,93) 0,487	1 (2,2)	* 1,000	14 (35,9)	1,55 (0,53-4,57) 0,506
Normal	1 (5,6)	1	0 (0)	1	3 (23,1)	1
Alto Risco Público						
Cesárea Intra-Parto	3 (7,5)	0,56 (0,17-1,84) 0,411	0 (0)	* 0,200	18 (62,1)	1,65 (1,08-2,53) 0,042
Cesárea Eletiva	8 (12,5)	0,93 (0,43-2,05) 1,000	5 (7,8)	1,24 (0,42-3,64) 0,764	21 (43,8)	1,17 (0,74-1,83) 0,562
Normal	17 (13,4)	1	8 (6,3)	1	24 (37,5)	1
Alto Risco Privado						
Cesárea Intra-Parto	2 (20)	* 1,000	0 (0)	* **	5 (71,4)	* 0,167
Cesárea Eletiva	1 (5,6)	* 1,000	1 (5,6)	* 1,000	9 (69,2)	* 0,063
Normal	0 (0)	1	0 (0)	1	0 (0)	1

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

As mulheres submetidas a cesárea intraparto tiveram maior risco de complicações precoces (RR=1,3; 95%CI:1,04-1,64; p=0,037), o que foi mais evidente no subgrupo de puérperas de alto risco do serviço público (RR=1,65; 95%CI:1,08-2,53; p=0,042) (tabela 7). Observou-se maior ocorrência de disfunção sexual seis a oito meses após cesárea intraparto (RR=1,68; 95%CI:1,14-2,48; p=0,027), do mesmo modo, sendo mais verificada no subgrupo de alto risco do serviço público (RR=2,19; 95%CI:1,27-3,72) (p=0,029) (tabela 8). Não foi observado diferença na frequência de incontinência urinária e depressão puerperal em função do tipo de parto (Tabela 8).

Tabela 8: Complicações maternas tardias (disfunção sexual, incontinência urinária e depressão) por tipo de parto em mulheres do estado de Sergipe, Período: junho de 2015 a abril de 2016. Sergipe.

	Disfunção Sexual (IFSF<26,5)		Incontinência Urinária		Depressão Pós-Parto (EDPS>=10)	
	N (%)	RR (IC95%) p-valor	N (%)	RR (IC95%) p-valor	N (%)	RR (IC95%) p-valor
Global						
Cesárea Intra-Parto	18 (54,5)	1,68 (1,14-2,48) 0,027	8 (18,6)	1,49 (0,71-3,11) 0,324	7 (17,9)	0,84 (0,41-1,75) 0,827
Cesárea Eletiva	34 (40)	1,23 (0,87-1,74) 0,259	7 (7,4)	0,59 (0,26-1,33) 0,222	14 (15,6)	0,73 (0,42-1,28) 0,322
Normal	49 (32,5)	1	22 (12,5)	1	36 (21,3)	1
Baixo Risco Público						
Cesárea Intra-Parto	5 (31,3)	0,99 (0,45-2,16) 1,000	3 (14,3)	1,17 (0,37-4,61) 0,727	3 (15,)	0,81 (0,26-2,45) 1,000
Cesárea Eletiva	14 (45,2)	1,43 (0,88-2,32) 0,197	2 (5,4)	0,44 (0,11-1,86) 0,360	6 (16,7)	0,90 (0,39-2,05) 1,000
Normal	31 (31,6)	1	14 (12,2)	1	21 (18,6)	1
Baixo Risco Privado						
Cesárea Intra-Parto	5 (71,4)	2,62 (0,90-7,66) 0,145	0 (0)	* 1,000	0 (0)	* 0,515
Cesárea Eletiva	8 (42,1)	1,54 (0,51-4,64) 0,466	1 (5,0)	0,50 (0,03-7,19) 1,000	1 (5,6)	0,31 (0,03-2,99) 0,539
Normal	3 (27,3)	1	1 (10)	1	2 (18,2)	1
Alto Risco Público						
Cesárea Intra-Parto	7 (77,8)	2,19 (1,27-3,72) 0,029	4 (33,3)	2,38 (0,83-6,83) 0,200	3 (30)	1,01 (0,35-2,90) 1,000
Cesárea Eletiva	11 (40,7)	1,14 (0,62-2,10) 0,800	3 (10,0)	0,71 (0,20-2,55) 0,736	5 (16,7)	0,56 (0,22-1,42) 0,273
Normal	15 (35,7)	1	7 (14,0)	1	13 (29,5)	1
Alto Risco Privado						
Cesárea Intra-Parto	1 (100)	*	1 (33,3)	* 1,000	1 (33,3)	* 1,000
Cesárea Eletiva	1 (12,5)	*	1 (12,5)	* 1,000	2 (33,3)	* 1,000
Normal	0 (0)	*	0 (0)	1	0 (0)	*

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

6 DISCUSSÃO

A assistência obstétrica em Sergipe encontra-se distante do recomendado pelas evidências. As consideradas “boas práticas” durante a condução do trabalho de parto foram utilizadas em menos de 30% das parturientes de Sergipe, enquanto intervenções que não devem ser utilizadas por falta de evidências que suportem sua necessidade e/ou por comprovação de dano tais como uso de ocitocina, amniotomia, episiotomia, manobra de Kristeller e parto em litotomia (CONITEC, 2016) foram praticadas em grande frequência. Este resultado é semelhante ao encontrado pelo estudo “Nascer no Brasil” que detectou que boas práticas são verificadas em menos de 50% dos partos e que intervenções como a manobra de Kristeller (37%) e episiotomia (56%) ainda são muito realizadas (LEAL et al., 2014).

As mulheres atendidas pelo sistema privado de saúde tiveram maior frequência de utilização de analgesia e menor uso de ocitocina, além da presença mais frequente de acompanhante, ao contrário das do setor público, que tiveram mais uso de ocitocina e menos analgesia caracterizando a prática do parto medicalizado e doloroso. No entanto, as indicações de cesárea após trabalho de parto ou eletiva, foram mais frequentes em mulheres atendidas pelo setor privado de saúde, procedentes da capital de Sergipe, com maior escolaridade e alto risco obstétrico. Pesquisa que avaliou o papel da fonte de pagamento no incremento das taxas de cesariana no Brasil entre 1998 e 2008 demonstrou que o pagamento privado associou-se a maiores taxas de cesariana, bem como maior idade e grau de instrução e residir fora da região nordeste (HOPKINS; AMARAL; MOURÃO, 2014).

Estudo espanhol demonstrou que pacientes do sistema privado e de hospitais com menor número de partos têm maior probabilidade de serem submetidas à cesariana e a procedimentos invasivos como episiotomia ou parto vaginal instrumental (ESCURIET et al., 2014). Inquérito nacional realizado no Brasil em 2010 também demonstrou maior frequência de cesariana em mulheres com maior idade e escolaridade, primíparas, com assistência pré-natal em serviços privados e residentes nas regiões sul, sudeste e centro-oeste (REBELO et al., 2010). Estudo publicado em 2014 demonstra mudança deste padrão geográfico, com maior frequência de cesárea na região norte e menor na sudeste, apesar desta ter a maior cobertura por planos de saúde. Isto pode indicar um início de mudança devido aos movimentos em favor do parto humanizado e maior acesso a informações baseadas em evidências sobre boas práticas obstétricas (LEAL et al., 2014).

Os motivos para maior frequência de cesariana em mulheres do setor privado e com maior escolaridade podem ser atribuídos à escolha materna (DIAS et al., 2008). No entanto, estudo realizado no Brasil com 1136 mulheres demonstrou que 70 a 80% das gestantes de ambos os sistemas de saúde (público ou privado) referiram preferência, no início da assistência pré-natal, pelo parto vaginal, de modo que as elevadas taxas de cesariana não parecem refletir uma opção materna (POTTER et al., 2001).

A analgesia do parto é um recurso que pode minimizar o receio da dor que algumas mulheres possuem e reduzir a indicação de cesárea por solicitação da gestante. A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal recomenda que a paciente seja orientada no pré-natal sobre os potenciais riscos relacionados à analgesia, que seriam maior duração do segundo período do parto e maior chance de parto vaginal instrumental. A solicitação materna já seria indicação suficiente para sua realização, independente da fase do trabalho de parto e do grau de dilatação (CONITEC, 2016). Estudo randomizado com parturientes que receberam analgesia regional *versus* medidas não farmacológicas para alívio da dor, demonstrou maior redução nos escores de dor e satisfação com a técnica analgésica e com o parto no grupo que recebeu analgesia regional (ORANGE et al., 2012). O percentual de pacientes que recebeu analgesia no presente estudo foi superior nas parturientes do sistema privado, apesar de ser um direito universal. O grande número de partos, pequeno número de anestesistas e de salas de procedimentos em instituições públicas podem justificar tal desigualdade.

A legislação vigente no Brasil (Lei nº 11.108 de 07, de abril de 2005), determina que os serviços de saúde permitam a presença de um acompanhante, indicado pela parturiente, no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005). A figura do acompanhante está relacionada à minimização do sentimento de solidão e da dor, o que possibilita uma vivência positiva na parturição (DINIZ et al., 2014). Entretanto, apesar dos benefícios e respaldo legal, observa-se que seu cumprimento não ocorre de forma regular e sistemática. No presente estudo, o acompanhante só esteve presente em 40,6% dos partos, com maior frequência em mulheres atendidas pelo serviço privado, da capital, com maior escolaridade e menor paridade. Dados do estudo “Nascer no Brasil” encontraram como preditores independentes de não ter acompanhante, resultados semelhantes: menores renda e escolaridade, pele parda, ser usuária do setor público, multiparidade e parto vaginal (DINIZ et al., 2014). Isto demonstra a necessidade da maior divulgação deste direito e da adequação estrutural das instituições para que todas as parturientes se beneficiem do mesmo.

Apesar de haver evidências de que o uso rotineiro de episiotomia não apresente benefícios a curto ou longo prazo para parturientes em comparação ao uso restritivo (CARROLI; MIGNINI, 2009; CONITEC, 2016), a frequência desta intervenção foi de 40,6%, valor bem superior aos 15% recomendados pela OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996), mais frequente em mulheres mais jovens. A frequência da episiotomia em primíparas foi de 71,4%, mas como o número destas foi pequeno, não houve significância após ajuste de variáveis. Estudo transversal realizado na Espanha com 12.093 mulheres, demonstrou também incidência elevada (50%) de episiotomia e as variáveis que apresentaram associação significativa foram primiparidade (RR=2,98), idade gestacional superior a 41 semanas (RR=1,2), trabalho de parto induzido (RR= 1,33), analgesia (RR= 1,95), uso de ocitocina (RR=1,58), parto em posição de litotomia (RR= 6,4) e parto instrumental (RR= 1,84) (BALLESTEROS-MESEGUER et al., 2016).

Em uma maternidade-escola de Recife, região nordeste do Brasil, onde a adoção de boas práticas é sistemática, verificou-se redução nas taxas de episiotomia de 29% em 2010 (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010) para 10% em 2014 (BRAGA et al., 2014). Estudo caso- controle realizado nesta instituição, demonstrou que os fatores mais associados a este procedimento foram partos assistidos por médicos, primiparidade e partos instrumentais, concluindo que a educação médica continuada, inclusão de equipe de enfermagem na assistência ao parto, adoção de boas práticas e redução de intervenções durante o trabalho de parto e parto culminam com redução da realização de episiotomias (BRAGA et al., 2014).

Não há evidências suficientes que suportem o uso rotineiro do partograma na condução do trabalho de parto (BEDWELL et al., 2017; BERGHELLA; BAXTER; CHAUHAN, 2008). No entanto, como alguns estudos demonstram benefícios com sua utilização, particularmente em instituições com poucos recursos, a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal recomenda o uso do modelo com linha de ação de 4h de rotina (BEDWELL et al., 2017; CONITEC, 2016). No presente estudo, o fato do uso do partograma e de alimentação durante o trabalho de parto terem sido mais frequentes em mulheres com gestação de alto risco pode ser explicado pelo fato de existir uma única maternidade alto risco em Sergipe, que é sede de serviços de residência médica, sendo mais frequentes então a realização de boas práticas de assistência.

Um estudo qualitativo de caráter exploratório-descritivo realizado em uma maternidade da região sul do Brasil, demonstrou que algumas práticas prejudiciais às pacientes continuam sendo desenvolvidas por profissionais que perpetuam modelos

inadequados previamente aprendidos que facilitariam o momento do parto sem uma justificativa baseada em evidência para tal conduta (CARVALHO et al., 2012).

A definição sobre a mais segura/ melhor via de parto é algo que não pode ser totalmente estabelecido até o presente. Não há evidência proveniente de estudos randomizados comparando resultados de parto vaginal em fetos cefálicos de termo versus cesárea sem indicação médica (LAVENDER et al., 2014).

Revisão sistemática com 54 trabalhos encontrou grande parte dos estudos com baixa qualidade metodológica, impedindo conclusões robustas. Entre os resultados de maior consistência, associa a cesárea ao maior risco de placenta prévia em gestações futuras, maior permanência hospitalar materna, morbidade respiratória do neonato (que diminui com o aumento da idade gestacional em que a cirurgia é feita) e menor risco de hemorragia e transfusão sanguínea (VISCO et al., 2006).

O presente estudo, realizado no menor estado brasileiro, localizado na região nordeste, sócioeconomicamente menos favorecida, com inclusão de amostra representativa de todas as maternidades, demonstrou baixa frequência de práticas recomendadas para estímulo à amamentação. Apenas três maternidades em Sergipe são certificadas pela iniciativa Hospital Amigo da Criança, e maior frequência de contato pele a pele, amamentação na primeira hora de vida e alojamento conjunto foi verificada nestas instituições, semelhante ao observado em estudo que avaliou dois hospitais com diferentes modelos de atenção perinatal localizados na região sudeste do Brasil, que demonstrou maior chance de contato pele a pele (37,5%x12,8%), aleitamento na primeira hora pós-parto (65,8%x11,9%) e alojamento conjunto (92,2%x34,7%) no Hospital Amigo da Criança quando comparado a um hospital sem tal certificação (MARIA et al., 2014).

O contato pele a pele na sala de parto foi menos realizado após a cesárea. As pacientes submetidas a cesárea eletiva ofereceram menos o seio na sala de parto e seus recém-nascidos ficaram menos em alojamento conjunto. Estudo realizado nos Estados Unidos demonstrou que quanto menos frequentes as práticas de incentivo à amamentação, mais frequente a interrupção da amamentação antes de seis semanas após o parto (DIGIROLAMO; GRUMMER-STRAWN; FEIN, 2001). A não aderência ao quarto passo (contato precoce pele a pele/ amamentação na primeira hora pós-parto) mostrou-se como fator de risco para cessação da amamentação (OR 2,4,95% CI=1,7-3,3) (DIGIROLAMO; GRUMMER-STRAWN; FEIN, 2001). Estudo prospectivo australiano verificou que a cesárea associou-se a pior aderência ao quarto passo quando comparado à via vaginal (ROWE-MURRAY;

FISHER, 2002). O mesmo foi observado em estudo transversal realizado em um estado do nordeste brasileiro, segundo o qual nenhuma puérpera pós-cesárea pôde ter o quarto passo conforme recomendado (SAMPAIO; BOUSQUAT; BARROS, 2016).

Não foi verificada associação entre tipo de parto e desfecho neonatal adverso mais grave ou complicações neonatais menores. Os recém-nascidos por cesárea eletiva tiveram um percentual maior de complicações menores, que incluem a taquipneia transitória, mas sem significância estatística. Estudo dinamarquês do tipo coorte, publicado em 2008, relata maior risco de morbidade respiratória em recém-nascidos após cesárea eletiva com 37 semanas (OR 3,9, 95% CI 2,4 – 6,5), que foi atenuado com 39 semanas (OR 1,9, 95% CI 1,2 – 3,0) quando comparado ao parto vaginal (HANSEN et al., 2008). No entanto, estudo caso controle realizado no sudeste do Brasil, com 27,252 recém-nascidos, não verificou associação entre parto por cesariana e índices de Apgar < 7 no 5º minuto pós-parto (SALUSTIANO et al., 2012).

A complicação materna mais frequente neste estudo foi a dor em períneo ou ferida operatória, que teve frequência similar após parto vaginal ou cesárea e, apesar de ter sido relatado sangramento intenso puerperal por 15,5% das puérperas, não houve necessidade de transfusão ou histerectomia em nenhum caso. As pacientes que tiveram cesárea após trabalho de parto apresentaram maior risco de complicações no curto prazo e de disfunção sexual quando comparado às que tiveram parto vaginal ou cesárea eletiva. Em estudo conduzido pela OMS com nove países asiáticos, pacientes submetidas a cesárea intraparto tiveram maior morbidade/ mortalidade que as com cesárea anteparto e todos os tipos de cesárea cursaram com maior risco de morbidade/mortalidade materna quando comparado ao parto vaginal, exceto com relação às lacerações perineais (LUMBIGANON et al., 2010).

A frequência de disfunção sexual, incontinência urinária e depressão foi semelhante à observada na literatura (BARBARA et al., 2016; RORTVEIT et al., 2015). No presente estudo, não foi verificada diferença significativa na frequência de incontinência urinária segundo o tipo de parto, apesar de o percentual ter sido menor após cesárea eletiva, semelhante ao observado em estudo realizado na região sudeste do Brasil (HERRMANN et al., 2009). A frequência de disfunção sexual foi semelhante após parto vaginal e cesárea eletiva e um pouco superior após cesárea antecedida por trabalho de parto no subgrupo de alto risco, público. Depressão também não se associou ao tipo de parto, semelhante ao observado em estudo prospectivo com avaliações em cinco momentos que demonstrou maior frequência de depressão após a cesárea, quando comparado ao parto vaginal, observada três meses após o

parto, mas não mais verificada aos seis meses e não houve diferença no escore de função sexual por tipo de parto (CHANG et al., 2015).

Foram limitações deste estudo, a perda de seguimento de 27,3% dos casos na avaliação com 45-60 dias após o parto e de 58% na avaliação com seis a oito meses pós-parto. Tais perdas foram analisadas e mostraram-se homogêneas segundo tipo de parto. Outra limitação foi a falta de dados anteriores ao parto sobre disfunção sexual, incontinência urinária e depressão.

No entanto, o desenho prospectivo, o grande número de participantes e o uso de questionários validados agregam credibilidade ao estudo. Pôde-se avaliar prospectivamente 768 puérperas, casuística superior à da maioria dos estudos que abordam o mesmo tema. A inclusão de participantes de todas as maternidades de Sergipe, em número estatisticamente adequado, permite generalização dos resultados em nível estadual. O desenho ideal de estudo para avaliar as complicações por tipo de parto seria o ensaio clínico randomizado, mas há implicações éticas que dificultam a realização deste tipo de estudo.

7 CONCLUSÃO

Em conclusão, no estado de Sergipe, boas práticas obstétricas são pouco utilizadas e intervenções desnecessárias, ainda são frequentes. Os fatores mais associados à cesariana foram ser do setor privado de saúde e ter maior escolaridade. Pacientes do sistema público de saúde e com menor escolaridade têm menor acesso a analgesia de parto e à presença do acompanhante.

As práticas de incentivo à amamentação são pouco realizadas e a cesárea, particularmente a eletiva, se associou negativamente a tais práticas. Não houve associação entre desfecho neonatal adverso e complicações neonatais menores com o tipo de parto.

A cesárea intra-parto associou-se a maior risco de complicações maternas a curto prazo e a disfunção sexual. Não houve associação entre tipo de parto e incontinência urinária e depressão.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Permanecemos com uma clara discrepância entre o conhecimento científico disponível e a prática clínica. Mudanças de paradigmas, em geral, ocorrem de forma paulatina. Fica clara a importância da realização de protocolos de conduta baseados em evidência científica em todas as maternidades e educação médica continuada, com auditoria dos serviços de saúde em prol de se obter melhor postura dos que perpetuam modelos antigos e prejudiciais.

A investigação de complicações tardias pós-parto tais como disfunção sexual, incontinência urinária e depressão, pelos profissionais de saúde, deve ser sistemática, tendo em vista a prevalência não negligenciável de tais afecções.

Apesar dos resultados neonatais e maternos terem sido semelhantes após cesárea eletiva e parto vaginal, a operação cesariana é um procedimento mais invasivo e, em casos de escolha materna por esta via de parto, a mulher deve ser orientada sobre as potenciais complicações, demonstradas pela literatura, desta cirurgia.

REFERÊNCIAS

- ACMAZ, G. et al. the Effect of Kristeller Maneuver on Maternal and Neonatal Outcome. Archives of Clinical and Experimental Surgery (ACES), p. 1, 2014.
- ALTHABE, F. et al. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. Birth issues in perinatal care, v. 33, n. 4, p. 270–277, 2006.
- ALTHABE, F.; BELIZÁN, J. M. Rising Trend in Non-Indicated Caesarean Deliveries: Can the Trend be Reversed? Paediatric and Perinatal Epidemiology, 2017.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR. In: 4 ed ed. [s.l.] Porto Alegre: Artmed, 1994.
- AXELSSON, D.; BRYNHILDSEN, J.; BLOMBERG, M. Postpartum infection in relation to maternal characteristics, obstetric interventions and complications. Journal of perinatal medicine, 26 jun. 2017.
- BALLESTEROS-MESEGUER, C. et al. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 24, 2016.
- BARBARA, G. et al. Impact of Mode of Delivery on Female Postpartum Sexual Functioning: Spontaneous Vaginal Delivery and Operative Vaginal Delivery vs Cesarean Section. Journal of Sexual Medicine, v. 13, n. 3, 2016.
- BARRETO ID, RUSSO SL, BRASIL GH, S. V. Separation Phenomena Logistic Regression. Gestão, Inovação e Tecnologias, v. 17, n. 4, p. 716–28, 2014.
- BEDWELL, C. et al. A realist review of the partograph: when and how does it work for labour monitoring?
<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-1213-4>. BMC Pregnancy and Childbirth, p. 1–11, 2017.
- BÉHAGUE, D. P.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. BMJ (Clinical research ed.), v. 324, n. 7343, p. 942–5, 20 abr. 2002.
- BELIZÁN, J. M. et al. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. BMJ (Clinical research ed.), v. 319, n. 7222, p. 1397–400, 27 nov. 1999.
- BERGHELLA, V.; BAXTER, J. K.; CHAUHAN, S. P. Evidence-based labor and delivery management. American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 199, n. 5, p. 445–454, 2008.
- BOLEY JP. The Hystory of caesarean section. Can Med Assoc J, v. 145, n. 4, p. 319–22, 1991.

BRAGA, G. C. et al. Risk factors for episiotomy: A case-control study. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 60, n. 5, p. 465–472, 2014.

Brasil. Lei nº 11.108 de 07, de abril de 2005. Altera a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, para garantia às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde. v. Diário, n. Oficial [da] União, número 67, seção 1, p. 1. Brasília, Distrito Federal; 2005.

BRYANT, A. S. et al. Quality and equality in obstetric care: racial and ethnic differences in caesarean section delivery rates. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, v. 23, n. 5, p. 454–462, 2009.

CARDOSO, P. O.; ALBERTI, L. R.; PETROIANU, A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 2, p. 427–435, mar. 2010.
CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009.

CARVALHO, C. C. M. DE; SOUZA, A. S. R.; MORAES FILHO, O. B. Prevalência e fatores associados à prática da episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 56, n. 3, p. 333–339, 2010.

CARVALHO, V. F. DE et al. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 1, p. 30–37, 2012.

CECILIA, M.; CRUZ, S.; LIPPI, U. G. Morbidade em recém-nascidos de acordo com a via de parto : um estudo comparativo *Morbidity in neonates according to the mode of delivery : a comparative study*. *Einstein*, v. 8, n. 1, p. 308–314, 2010.

CHANG, S.-R. et al. Depressive symptoms, pain, and sexual dysfunction over the first year following vaginal or cesarean delivery: A prospective longitudinal study. *International journal of nursing studies*, v. 52, n. 9, p. 1433–44, set. 2015.

CHO, C. E.; NORMAN, M. Cesarean section and development of the immune system in the offspring. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 208, n. 4, p. 249–254, 2013.

CONITEC. Diretriz Nacional de assistência ao parto normal. Ministério ed. Brasília, 2016.

CONNOLLY, A. M.; THORP, J.; PAHEL, L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: A longitudinal prospective study. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, v. 16, n. 4, p. 263–267, 2005.

DA SILVA, F. M. B. et al. Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, v. 47, n. 5, p. 1031–1038, 2013.

DABIRI, F. et al. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Oman Medical Journal*, v. 29, n. 4, p. 276–279, 2014.

- DAHLEN, H. G. et al. Rates of obstetric intervention and associated perinatal mortality and morbidity among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW (2000-2008): a linked data population-based cohort study. *BMJ open*, v. 4, n. 5, p. e004551, 2014
- DE SOUZA, A et al. The effects of mode delivery on postpartum sexual function: a prospective study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, p. n/a-n/a, 2015.
- DECLERCQ, E. et al. Mothers' reports of postpartum pain associated with vaginal and cesarean deliveries: results of a national survey. *Birth (Berkeley, Calif.)*, v. 35, n. 1, p. 16–24, mar. 2008.
- DIAS, M. A. B. et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1521–1534, 2008.
- DIGIROLAMO, A. M.; GRUMMER-STRAWN, L. M.; FEIN, S. Maternity care practices: implications for breastfeeding. *Birth (Berkeley, Calif.)*, v. 28, n. 2, p. 94–100, jun. 2001.
- DINIZ, C. S. G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto : dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cadernos de saude publica*, v. 30, n. Supl, p. S140–S153, 2014.
- DOHERTY, E. G.; EICHENWALD, E. C. Cesarean delivery: emphasis on the neonate. *Clinical obstetrics and gynecology*, v. 47, n. 2, p. 332–41, jun. 2004.
- ESCURIET, R. et al. Obstetric interventions in two groups of hospitals in Catalonia: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 14, n. 1, p. 143, 15 dez. 2014.
- FARIA, R. M. O. DE; SAYD, J. D. Abordagem sócio-histórica sobre a evolução da assistência ao parto num município de médio porte de Minas Gerais (1960-2001). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 8, p. 2421–2430, ago. 2013.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Iniciativa Hospital Amigo da Criança : revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. [s.l.] Editora MS – OS 2010/0011, 2010.
- GAVIN, N. I. et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and gynecology*, v. 106, n. 5 Pt 1, p. 1071–83, nov. 2005.
- GOKER, A. et al. Postpartum depression: is mode of delivery a risk factor? *ISRN obstetrics and gynecology*, v. 2012, p. 616759, 2012.
- GRIFFITHS, A. et al. Female genital tract morbidity and sexual function following vaginal delivery or lower segment caesarean section. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 26, n. 7, p. 645–649, 2006.
- GURGEL, R. Q. et al. Características das gestações, partos e recém-nascidos da região metropolitana de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 9, n. 2, p. 167–177, jun. 2009.

RORTVEIT, G; DALTVEIT, AK; HANNESTAD, YS; HUNSKAAR. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med*, v. 348, p. 900–907, 2003.

HANSEN, A. K. et al. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, v. 336, n. 7635, p. 85–7, 2008.

HAYLEN, B. T. et al. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). *International Urogynecology Journal*, v. 27, n. 2, p. 165–194, 11 fev. 2016.

HE, Z. et al. The Costs and Their Determinant of Cesarean Section and Vaginal Delivery: An Exploratory Study in Chongqing Municipality, China. *BioMed Research International*, v. 2016, n. Figure 1, p. 1–9, 2016.

HERRMANN, V. et al. Stress urinary incontinence 3 years after pregnancy: Correlation to mode of delivery and parity. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, v. 20, n. 3, p. 281–288, 2009.

HODNETT, E. D. et al. Continuous support for women during childbirth (Withdrawn Paper. 2007, art. no. CD003766). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 3, 2007.

HOGAN, M. C. et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet (London, England)*, v. 375, n. 9726, p. 1609–23, 8 maio 2010.

HOPKINS, K.; DE LIMA AMARAL, E. F.; MOURÃO, A. N. M. The impact of payment source and hospital type on rising cesarean section rates in Brazil, 1998 to 2008. *Birth*, v. 41, n. 2, p. 169–177, 2014.

HUTTON, E. K. et al. Maternal outcomes at 3 months after planned caesarean section versus planned vaginal birth for twin pregnancies in the Twin Birth Study : a randomised controlled trial. *BJOG*, p. 1653–1662, 2015.

INAGAKI, A. D. DE M. et al. CESAREAN: PREVALENCE, INDICATIONS, AND NEWBORN OUTCOMES. *Journal of Nursing*, v. 8(12), p. 4278–84, 2014.

KILSZTAJN, S. et al. Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 8, p. 1886–1892, 2007.

LAVENDER, T. et al. Europe PMC Funders Group Caesarean section for non-medical reasons at term. n. February 2012, 2014.

LAVENDER T, HOFMEYR GJ, NEILSON JP, KINGDON C, G. G. Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GM. Caesarean section for non-medical reasons at term. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2012;3:CD004660. doi:10.1002/14651858.CD004660.pub3. *The Cochrane database of systematic reviews.*, v. 3, n. CD004660, 2012.

LAVIN, T.; FRANKLIN, P.; PREEN, D. B. Association between Caesarean Delivery and Childhood Asthma in India and Vietnam. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, v. 31, n. 1,

p. 47–54, 2017.

LAWRENCE, A. et al. Maternal positions and mobility during first stage labour. The Cochrane database of systematic reviews, n. 10, p. CD003934, 9 out. 2013.

LEAL, M. DO C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cadernos de Saúde Pública, v. 30, p. S17–S32, ago. 2014.

LEITE, A. P. L. et al. Validação do índice da função sexual feminina em grávidas brasileiras. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 29, n. 8, p. 396–401, ago. 2007.

LIU, S. et al. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. Cmaj, v. 176, n. 4, p. 455–460, 2007.

LIU, X. et al. Cesarean delivery on maternal request in China: what are the risks and benefits? American journal of obstetrics and gynecology, v. 212, n. 6, p. 817.e1-9, jun. 2015.

LUMBIGANON, P. et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. The Lancet, v. 375, n. 9713, p. 490–499, 2010.

LURIE, S.; GLEZERMAN, M. The history of cesarean technique. American journal of obstetrics and gynecology, v. 189, n. 6, p. 1803–6, dez. 2003.

MACARTHUR, A. J.; MACARTHUR, C. Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. American journal of obstetrics and gynecology, v. 191, n. 4, p. 1199–204, out. 2004.

MACDORMAN, M. F. et al. Infant and neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to women with “no indicated risk,” United States, 1998-2001 birth cohorts. Birth, v. 33, n. 3, p. 175–182, 2006.

MACDORMAN, M. F. et al. Neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to low-risk women: Application of an “intention-to-treat” model. Birth, v. 35, n. 1, p. 3–8, 2008.

MARIA, R. et al. Caesarean section and neonatal outcomes in private hospitals in Brazil : comparative study of two different perinatal models of care Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil : estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção. Cad. Saúde Pública vol.30 supl.1 p. 1–12, 2014.

MELO, I. et al. Selective episiotomy vs. implementation of a non episiotomy protocol: a randomized clinical trial. Reproductive Health, v. 11, n. 1, p. 66, 2014.

Ministério da Saúde [internet]. Secretaria executiva. Datasus [acesso dez 2016]. Informações de saúde (TABNET). Estatísticas viatis. Disponível em <<http://datasus.saude.gov.br>>.

MOREIRA, E. L. M. et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil t in Brazil La práctica en el cuidado de los recién nacidos sanos en Brasil. Cad. Saúde Pública, v. 30 Sup, p. 128–139, 2014.

MYLONAS, I.; FRIESE, K. Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. *Deutsches Ärzteblatt international*, v. 112, n. 29–30, p. 489–95, 2015.

NUNES TAMANINI, J. T. et al. Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF). *Revista de Saude Publica*, v. 38, n. 3, p. 438–444, 2004.

OLIEMAN, R. M. et al. The effect of an elective cesarean section on maternal request on peripartum anxiety and depression in women with childbirth fear: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 17, n. 1, p. 195, 19 dez. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático. *Birth* (Berkeley, Calif.), v. 24, n. 2, p. 121–123, 1996.

ORANGE, F. A. DE et al. Combined spinal-epidural anesthesia and non-pharmacological methods of pain relief during normal childbirth and maternal satisfaction: a randomized clinical trial. *Revista da Associação Médica Brasileira* (1992), v. 58, n. 1, p. 112–7, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. *Human Reproduction Programme*, p. 1–8, 2015.

POTTER, J. E. et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ* (Clinical research ed.), v. 323, n. 7322, p. 1155–1158, 2001.

RATTNER D, RABELLO NETO DL, LANSKY S, VILELA ME, BASTOS MH. As cesarianas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. p. 371-97.

REBELO, F. et al. High cesarean prevalence in a national population-based study in Brazil: the role of private practice. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, v. 89, n. 7, p. 903–908, 2010.

SAMPAIO, RR; BOUSQUAT, A.; BARROS, C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 25, n. 2, p. 1–2, jun. 2016.

RORTVEIT, G. et al. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *The New England journal of medicine*, v. 348, n. 10, p. 900–7, 6 mar. 2003.

ROWE-MURRAY, H. J.; FISHER, J. R. W. Baby Friendly Hospital practices: Cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth*, v. 29, n. 2, p. 124–131, 2002.

SALUSTIANO, E. M. A. et al. Low Apgar scores at 5 minutes in a low risk population: maternal and obstetrical factors and postnatal outcome. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 58, n. 5, p. 587–593, 2012.

- SANTOS, I. S. et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cadernos de Saude Publica*, v. 23, n. 11, p. 2577–2588, nov. 2007.
- SCHMIDT, E.; PICCOLOTO, N. M.; MÜLLER, M. C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, v. 10, n. 1, p. 61–68, 2005.
- SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G. M. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, n. 1, p. CD003930, 2010.
- SMYTH, R.; ALLDRED, S. K.; MARKHAM, C. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006.
- SOUZA, J. P. et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Medicine*, v. 8, n. 71, p. 1–10, 2010.
- TAYLOR, L. K. et al. Risk of complications in a second pregnancy following caesarean section in the first pregnancy: a population-based study. *The Medical journal of Australia*, v. 183, n. 10, p. 515–9, 21 nov. 2005.
- TODMAN, D. A history of caesarean section: from ancient world to the modern era. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, v. 47, n. 5, p. 357–61, out. 2007.
- TORRES, J. A. et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. *Cadernos de Saude Publica*, v. 30, n. suppl 1, p. S220–S231, ago. 2014.
- UNICEF. Baby-friendly hospital initiative. Part VII. Reassessment of Baby-friendly hospitals and Maternity services: A guide to developing a national process. [s.l.] New-York: Programme division, 1998.
- VASCONCELLOS, M. T. L. DE et al. Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. Supl., p. S49–S58, ago. 2014.
- VILLAR, J. et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *British Medical Journal*, v. 335, n. 7628, p. 1025, 2007.
- VISCO, A. G. et al. Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal outcomes. *Obstetrics and gynecology*, v. 108, n. 6, p. 1517–29, dez. 2006.
- WIEGEL, M.; MESTON, C.; ROSEN, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v. 31, n. 1, p. 1–20, 2005.

ZANARDO, V. et al. Elective Cesarean Delivery: Does It Have a Negative Effect on Breastfeeding? *Birth*, v. 37, n. 4, p. 275–279, 2010.

APÊNDICE A- Termo de consentimento Livre e Esclarecido

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I – Dados sobre a pesquisa científica

Título: Nascer em Sergipe: inquérito sobre assistência pré- natal, parto e puerpério.

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

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Queiroz Gurgel

II – Termo de Consentimento

Prezada

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

III – Consentimento pós-esclarecido

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

Se, _____ de _____ de 2014.

Assinatura da puérpera

Assinatura do pesquisador

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

1. Daniela Siqueira Prado. Prof^a. Ms. Do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Av Franklin de Campos Sobral 1580 apto 1502 Blc B Aracaju- Se
2. Andrea Mediros. Prof Adjunta do Dep Fonoaudiologia da UFS
3. Felipa Daiana, enfermeira da MNSL
4. Rosana Queiroz Gurgel. Prof da Universidade Tiradentes
5. Rosemar Mendes Barbosa Prof do Depto enfermagem da UFS

End profissional e tel dos pesquisadores da UFS: Depto de Medicina. Rua Cláudio Baptista, s/n – NPGME – CEP 49060-100 Aracaju-SE, telefone: (079) 2105-1783
e-mail orientador: ricardoqguragel@gmail.com

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

1. Motivo da Recusa:

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

3. Escolaridade da mãe: Série do Ensino

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

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

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

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

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

7. Nome completo da Entrevistada (mãe):

ANEXO A - Questionário Hospitalar – Puérpera

Cidade: _____

Nome do Hospital: _____

Nome do entrevistador : _____

Tipo de Questionário: ☐ Puérpera ☐ Prontuário

Número da Mãe (entrevistada) | | | | |

QUESTIONÁRIO HOSPITALAR - PUÉRPERA

QUESTIONÁRIO

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

I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

1. Horário de início da entrevista __ __ : __ __	2. Data Entrevista __ __ / __ __ / __ __
3. Data do parto __ __ / __ __ / __ __	
4. N° do prontuário da mãe __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __	
5. Tipo de gestação 1. Única 2. Gemelar (dois) 3. Gemelar (três) 4. Gemelar (quatro)	
6. 1º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal 9. Não soube informar	
7. Nome do 1º Recém-nascido _____	
8. 2º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal 9. Não soube informar	
9. Nome do 2º Recém-nascido _____	
10. 3º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal 9. Não soube informar	
11. Nome do 3º Recém-nascido _____	
12. 4º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal 9. Não soube informar	

13. Nome do 4º Recém-nascido _____

II. IDENTIFICAÇÃO DA MÃE

“Vou fazer algumas perguntas sobre você.”

14. Qual é o seu nome completo (mãe)? _____

15. Qual é o nome completo da sua mãe? _____

16. Qual é a data do seu nascimento? _____/_____/_____

17. Qual a sua idade? _____

18. A sua cor da pele é... **(ler as alternativas)**

1. Branca 2. Preta 3. Parda/morena/mulata 4. Amarela/oriental 5. Indígena

19. **Entrevistador:** Sob o seu ponto de vista qual a cor da pele, raça ou etnia da puérpera? 1. Branca 2. Preta 3. Parda/morena/mulata 4. Amarela/oriental 5. Indígena

20. Qual o seu endereço (Rua, bairro, município):

21. Ponto de referência:

22. Telefones para contato (com DDD):

23. Residencial: _____

24. Celular: _____

25. Telefone de familiar ou companheiro: _____

38. Qual foi o motivo dessa última cesariana que você teve antes do nascimento do (nome do bebê)? (Não ler as opções) 01. Queria ligar as trompas 02. Já tinha cesárea anterior 03. Não queria sentir a dor do parto normal 04. Medo de falta de vaga para internação 05. Medo da violência na cidade 06. Bebê estava enrolado no cordão 07. Bebê estava sentado/ atravessado 08. Bebê era grande/ não tinha passagem/ não teve dilatação/bebê não desceu/ não encaixou 09. Bebê passou do tempo 10. Sofrimento do bebê 11. Pouco líquido na bolsa (amniótico) 12. Placenta baixa 13. Problema de pressão alta 14. Problema de diabetes 15. Infecção pelo HIV / AIDS 16. Verruga genital/condiloma ou problema no preventivo do colo do útero 17. Exame de cultura para streptococo na vagina e/ou ânus positivo 18. Descolamento prematuro da placenta 19. Sangramento 20. Outra razão não citada (responda a 39)	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																												
39. Que razão? _____																																																													

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

54. Diabetes/ açúcar alto no sangue?	0. Não 1. Sim	☐
55. Você já fez alguma cirurgia no útero (por exemplo, para retirar mioma, micro cesárea para interromper gravidez, para corrigir infertilidade, para tratar perfuração pós-aborto, ou por outra causa?)	0. Não 1. Sim	☐

IV. PRÉ-NATAL

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

56. Quando ficou grávida, você: (ler as opções)		☐
1. Queria engravidar naquele momento 2. Queria esperar mais tempo		
3. Não queria engravidar		
57. Como você se sentiu quando soube que estava grávida do (a) (nome do bebê) ? (ler as opções)		☐
1. Satisfeita 2. Mais ou menos satisfeita 3. Insatisfeita		
58. Você tentou interromper esta gravidez usando alguma medicação ou algum outro método?		☐
0. Não (vá para 60) 1. Sim		
59. Em que mês de gestação você estava?		☐
60. Qual a data da sua última menstruação (antes do parto)? (Se não souber informar dia, mês ou ano, passar para a questão 62. Quando não souber ☐☐☐/☐☐☐/☐☐☐ informar o dia, colocar 99).		
61. Você tem certeza dessa data?		☐
0. Não 1. Sim		
62. Você fez pré-natal na gravidez do (a) (nome do bebê) ?		☐
0. Não 1. Sim (vá para 65)		

63. Por que você não fez o pré-natal? (Não ler as opções)	
01. Não sabia que estava grávida	
02. Não queria essa gravidez	☐ ☐ ☐
03. Não achou importante	☐ ☐ ☐
04. Não sabia que precisava	☐ ☐ ☐
05. Não tinha dinheiro	☐ ☐ ☐
06. Não tinha quem a acompanhasse	☐ ☐ ☐
07. O local de atendimento era distante ou de difícil acesso	☐ ☐ ☐
08. Não conseguiu consulta	☐ ☐ ☐
09. O atendimento era demorado	☐ ☐ ☐
10. Não podia ir nos horários de atendimento	☐ ☐ ☐
11. O profissional era homem	☐ ☐ ☐
12. Não gostava dos profissionais do serviço	☐ ☐ ☐
13. Dificuldade de transporte	☐ ☐ ☐
14. Outro motivo (responda a 64)	☐ ☐ ☐
(Ao final dessa questão vá para a 84)	
	☐ ☐ ☐
	☐ ☐ ☐
	☐ ☐ ☐
	☐ ☐ ☐

64. Que outro motivo? _____ (vá para 84)

65. Com quantas semanas ou meses de gravidez você começou o pré-natal? 66. semanas <i>(Se souber informar semanas, não registrar meses. Se início do pré-natal 67. meses até 4 ou 16 semanas vá para 70).</i>	meses
68. Por que não começou o pré-natal mais cedo? (Não ler as opções) 1. Dificuldade de acesso (tentou, mas não conseguiu consulta antes) ☐ 2. Dificuldades familiares (não tinha com quem deixar os filhos, não tinha quem a ☐ acompanhasse) ☐ 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para o transporte) ☐ 4. Questões pessoais (não tinha certeza se queria manter esta gravidez, não acha ☐ importante iniciar o pré-natal cedo) 5. Dificuldades relacionadas ao trabalho/escola (falta de tempo para ir às consultas) 6. Não sabia que estava grávida 7. Outro (responda 69)	
69. Outro? Defina o porque! _____	
70. Quantas consultas de pré-natal com médico, enfermeira ou parteira você fez durante a gravidez do (a) (nome do bebê)? <i>(caso a gestante tenha mudado de unidade ou tenha freqüentado pré-natal em mais de um serviço, considerar o total de consultas)</i>	

71. Na gravidez do (a) (nome do bebê) você recebeu um cartão de pré-natal/cartão da gestante?	0. Não 1. Sim
72. Onde foi realizada a maioria das consultas do pré-natal da gravidez do (a) (nome do bebê) ? (Ler as opções. Só colocar dois serviços se o número de consultas for igual nos dois)	
1. No serviço público 2. No serviço particular ou de plano de saúde (vá para 74) 3. Nos dois	
73. Em que tipo serviço foram feitas essas consultas?	☐ ☐ ☐
74. Qual profissional de saúde atendeu você durante a maior parte das consultas do pré-natal da gravidez do (a) (nome do bebê) ?	☐
1. Médico 2. Enfermeiro 3. Parteira 4. Outro 9. Não sabe informar	
75. Você foi acompanhada, durante o pré-natal da gravidez do (a) (nome do bebê) pelo mesmo profissional? (ler as opções)	☐
0. Não 1. Sim, a maior parte do tempo 2. Sim, o tempo todo	

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

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

106. Outros problemas? Quais _____ _____ (Caso tenha respondido “não” para todas as opções acima, vá para 110)

107. Você foi considerada gestante de risco?	0. Não (vá para 110) 1. Sim	☐
108. Você foi encaminhada para outro serviço por ter uma gravidez de risco?	0. Não (vá para 110) 1. Sim	☐
109. Você conseguiu ser atendida neste serviço? (ler as opções)		
0. Não 1. Sim, com dificuldade 2. Sim, sem dificuldade		☐
110. Durante a gravidez do (a) (nome do bebê) você foi internada alguma vez?	0. Não (vá para 113) 1. Sim	☐
111. Por qual motivo? (não ler as opções)		
01. Hipertensão/pré-eclâmpsia		☐
02. Sangramento		☐
03. Ameaça de parto prematuro		☐
04. Vômitos excessivos		☐
05. Diabetes		☐
06. Perda de líquido		☐
07. Infecção urinária		☐
08. Pouco líquido/muito líquido		☐
09. Outros (responda a 112)		☐
		☐
		☐
		☐
		☐

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

V - DECISÃO SOBRE O TIPO DE PARTO

117. No começo da gravidez do (a) (nome do bebê) , que tipo de parto você queria ter? Parto normal Parto cesárea Não tinha preferência alguma (vá para 120)	☐
--	--------------------------

119. Outros – Quais? _____ _____	
120. No final da gravidez do(a) (nome do bebê) , próximo da data do parto, já havia decisão sobre o tipo de parto realizado? 0. Não (vá para o bloco VI) 1. Sim, parto normal 2. Sim, parto cesárea	_
121. De quem foi esta decisão? (ler as opções) 1. Sua 2. Do médico 3. Conjunta 4. Outra pessoa (responda a 122)	_
122. Outra pessoa? Quem? _____	

VI. ADMISSÃO NA MATERNIDADE

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

123. O que fez você achar que estava na hora de procurar atendimento para o parto do(a) (nome do bebê)? (Não ler as opções) <i>(Caso a mulher informe que foi à consulta ou telefonou para o médico e ele mandou ela vir para a maternidade, perguntar qual foi a razão e assinalar abaixo)</i> 01. Porque entrou em trabalho de parto 02. A bolsa rompeu 03. Teve o sinal/perda de tampão mucoso 04. Estava com dores/contrações 05. A data para fazer minha cesariana estava marcada 06. Fui encaminhada pelo pré-natal ou PSF	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
---	--

07. A indução do parto em casa não funcionou 08. Estava passando mal (pressão alta, sangramento, etc...) 09. O bebê estava passando do tempo 10. O bebê não estava mexendo 11. O bebê estava em sofrimento 12. Outra (responda a 124)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
124. Outra? Qual? _____	
125. Antes de ser internada neste hospital/maternidade você procurou atendimento em ☐ outro hospital/maternidade?	0. Não (vá para 129) 1. Sim
126. Se sim, quantos?	
127. Por que não foi internada no outro hospital/maternidade? 1. Não havia vaga 2. Não estava em trabalho de parto 3. Foi referenciada para outro hospital por situação de risco 4. Hospital sem médico plantonista/hospital sem condição de atender 5. Não foi informada 6. Outro? (responda a 128)	
128. Outro? Descreva o motivo _____ _____	

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

VII. TRABALHO DE PARTO

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

“Agora vou lhe fazer algumas perguntas referentes ao período desde que você internou até a hora do parto.

Vamos chamar esta fase de ‘trabalho de parto no hospital’.”

136. Você entrou em trabalho de parto?		
0. Não (vá para 151) 1. Sim (espontâneo ou induzido) 2. Não, apesar de ter sido induzido		__

137. Foram oferecidos líquidos, água, sucos e/ou sopas/alimentos durante o trabalho de parto? 0. Não 1.Sim	
138. Você solicitou algum líquido ou alimento durante seu trabalho de parto? 0. Não (vá para 140) 1.Sim	
139. Seu pedido foi atendido? 0. Não 1. Sim	
140. Quando você estava no trabalho de parto, foi colocado soro na veia? 0. Não (vá para 143) 1. Sim	
141. Foi posto no soro um medicamento para aumentar as contrações (ocitocina)? 0. Não (vá para 143) 1. Sim 9. Não soube informar (vá para 143)	
142. Depois que colocaram a medicação no soro as contrações (dores) aumentaram? 1. Não percebeu diferença 2. As dores aumentaram um pouco	

3. As dores aumentaram muito	
143. Quando você estava no trabalho de parto, foi colocado algum remédio em sua vagina para induzir/acelerar o parto? 0. Não (vá para 145) 1. Sim 9. Não soube informar (vá para 145)	
144. Depois que colocaram o remédio, as contrações (dores) aumentaram? 1. Não percebeu diferença 2. As dores aumentaram um pouco 3. As dores aumentaram muito.	

145. Romperam a bolsa depois que você chegou aqui no hospital? (ler as opções) 1. Não, rompeu antes da internação 2. Não, rompeu sozinha durante a internação 3. Sim	☐
146. Qual era a cor do líquido? 1. Claro 2. Esverdeado/Amarronzado 3. Com sangue 4. Amarelado/purulento 9. Não soube informar	☐
147. Você pôde ficar fora da cama e andar durante o trabalho de parto? (ler as opções) 0. Não, não era permitido 1. Não, porque não quis 2. Sim	☐
148. Você utilizou alguma das seguintes medidas para aliviar a dor durante o trabalho de parto? (ler as opções) 0. Não 1. Banheira 2. Chuveiro 3. Bola 4. Massagem 5. Banquinho para posição de cócoras 6. Cavalinho 7. Outro (responda a 149)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
149. Qual? _____	
150. Depois que você chegou nesta maternidade, fizeram um exame chamado de cardiotocografia (exame feito através de duas fitas que ficam em volta da sua barriga para	☐

ver a contração e o batimento do coração do seu bebê)?

- 0.** Não
- 1.** Sim, na hora que internei
- 2.** Sim, em alguns momentos do trabalho de parto
- 3.** Sim, durante todo o trabalho de parto
- 9.** Não soube informar

151. Você teve acompanhante durante sua internação?

- 0.** Não
- 1.** Sim **(vá para 154)**

152. Se não, por quê? **(Não ler as opções)**

- 01.** A maternidade não permitia qualquer acompanhante
- 02.** Não permitia homens
- 03.** Só permitia para adolescente
- 04.** Só permitia acompanhante maior de idade
- 05.** Eu não sabia que podia
- 06.** Eu não queria
- 07.** Não tinha quem ficasse comigo
- 08.** Tinha que pagar para ficar com acompanhante
- 09.** Só podia acompanhante na sala de parto
- 10.** Outros. **(responda a 153)**

(Ao final dessa questão,

153. Outros? Defina! _____ **(vá para o bloco**

154. Seu acompanhante ficou com você: **(ler as opções)**

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

VIII. PARTO

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

164. Com quantos semanas/meses de gestação o (a) (nome do bebê) nasceu? (Se souber informar semanas, não marcar meses. Se maior que 37 semanas ou 9 meses passar para a questão 171)	165. Semanas 166. Meses
--	---

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

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

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

Só para quem teve cesárea	
185. Em que momento foi decidido que seu parto seria cesariana? (ler as opções)	
1. No pré-natal 2. Durante internação como gestante 3. Na admissão	
4. No pré-parto 5. Já na sala de parto	
186. Qual foi a razão da cesariana? (não ler as opções)	
01. Queria fazer cesárea	
02. Queria ligar as trompas	
03. O bebê tinha circular de cordão (enrolado no cordão)	
04. Já tinha <u>uma</u> cesárea anterior	
05. Você já tinha <u>duas ou mais</u> cesáreas anteriores	
06. O bebê estava sentado	
07. O bebê estava atravessado	
08. O bebê era grande/ não tinha passagem/não teve dilatação/bebê não desceu/não	

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

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

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

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

188. O bebê eliminou cocô (mecônio) quando ainda estava na sua barriga?	
0. Não 1. Sim 9. Não soube informar	☐ ☐ ☐

189. Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outros), você: (ler as opções)		
1. Colocou para mamar 2. Ficou com o bebê no colo 3. Apenas viu o bebê 4. Não teve contato com o bebê		
190. O bebê veio para o quarto junto com você? 0. Não 1. Sim (vá para 197)		
191. Por quê?		
1. Foi para o berçário/incubadora/berço aquecido 2. Foi para a UI/UTI/berçário patológico 3. Outro motivo (responda a 192)		
192. Outro motivo? Qual? _____		
193. Quanto tempo depois do parto seu bebê pôde ficar com você no seu quarto?	194. dias	195. horas
(Preencher com 77 nos casos em que o bebê ainda está na UI/UTI)		196. minutos
197. O seu bebê teve algum destes problemas ou necessidades? (ler as opções)		
(preencher 9 para “não sabe se teve este problema/não soube informar)		
198. Hipoglicemia – baixa de açúcar no sangue	0. Não 1.Sim	
199. Malformação congênita (incluindo defeito cardíaco).	0. Não 1.Sim	
200. Precisou de oxigênio após o nascimento	0. Não 1.Sim	
201. O bebê ficou amarelo (icterícia)	0. Não 1.Sim	
202. Tomou banho de luz	0. Não 1.Sim	
203. Foi transferido para outro hospital	0. Não 1.Sim	

204. Teve infecção	0. Não 1. Sim	☐
205. Outros	0. Não (vá para 207) 1. Sim	☐
206. Outros? Quais? _____		

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

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

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

207. Você já ofereceu o peito para o seu bebê?	☐
--	--------------------------

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

214. Outros? Quais? _____

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

- 0.** Não **(se gemelar, vá para o bloco XI, se única, vá para o bloco XVII)**
- 1.** Sim
- 8.** Não se aplica **(se gemelar, vá para o bloco XI, se única, vá para o bloco XVII)**
- 9.** Não sei **(se gemelar, vá para o bloco XI, se única, vá para o bloco XVII)**

216. Por quê recebeu outro leite ou líquido? **(Não ler opções)**

- 1.** Bebê prematuro
- 2.** Bebê doente
- 3.** Leite não havia descido/estava com pouco leite
- 4.** Rotina hospitalar
- 5.** Eu estava com soro na veia e não tinha posição para amamentar
- 6.** Foi prescrito pelo pediatra
- 7.** Outros **(responda a 217)**
- 9.** Não soube informar

217. Outros: _____

218. Como o leite foi dado ao seu bebê?

- 1.** Na mamadeira/chuquinha **2.** No copinho |____|
- 3.** Na sonda/gavagem/seringa **4.** Outros **(responda a 219)** **9.** Não soube informar |____|

219. Outros? Quais? _____

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

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

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

233. O bebê ficou amarelo (icterícia)	0. Não	1. Sim	☐
234. Tomou banho de luz	0. Não	1. Sim	☐
235. Foi transferido para outro hospital	0. Não	1. Sim	☐
236. Teve infecção	0. Não	1. Sim	☐
237. Outros	0. Não (vá para 239)	1. Sim	☐
238. Outros? Quais? _____			

XII – ALEITAMENTO MATERNO – SEGUNDO GEMELAR

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

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

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

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

2. Mãe HTLV+ 3. Bebê prematuro 4. Bebê doente e não pode mamar 5. Leite não desceu/ pouco leite 6. Estou com soro na veia e não tenho posição para amamentar 7. Outros (responda a 246)	☐ ☐ ☐ ☐
246. Outros? Quais? _____ _____	
247. (Aqui) no hospital, o/a (nome do bebê) recebeu outro leite ou líquido que não o do seu peito? 0. Não (caso gravidez de 3 gemelares ou mais, vá para o bloco XIII, caso seja gravidez de 2 gemelares, vá para o bloco XVII) 1. Sim 8. Não se aplica (caso gravidez de 3 gemelares ou mais, vá para o bloco XIII, caso seja gravidez de 2 gemelares, vá para o bloco XVII) 9. Não sei (caso gravidez de 3 gemelares ou mais, vá para o bloco XIII, caso seja gravidez de 2 gemelares, vá para o bloco XVII)	☐

248. Por quê recebeu outro leite ou líquido? (Não ler opções) 1. Bebê prematuro 2. Bebê doente 3. Leite não havia descido/estava com pouco leite 4. Rotina hospitalar 5. Eu estava com soro na veia e não tinha posição para amamentar 6. Foi prescrito pelo pediatra 7. Outros (responda 249) 9. Não soube informar	☐ ☐ ☐ ☐
249. Outros: _____ _____	
250. Como o leite foi dado ao seu bebê? 1. Na mamadeira/chuquinha 2. No copinho 3. Na sonda/gavagem/seringa 4. Outros (responda a 251) 9. Não soube informar	☐ ☐
251. Outros? Quais? _____	

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

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

252. O bebê eliminou cocô (mecônio) quando ainda estava na sua barriga? 0. Não 1. Sim 9. Não soube informar
253. Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pe 1. Colocou para mamar 2. Ficou com o bebê no colo 3. Apenas viu o bebê 4. Não teve contato com o bebê
254. O bebê veio para o quarto/enfermaria junto com você? 0. Não 1. Sim (vá para 261)

255. Por quê?		
1. Foi para o berçário/incubadora/berço aquecido 2. Foi para a UI/UTI/berçário patológico 3. Outro motivo (responda a 256)		
256. Outro motivo? Qual? _____		
257. Quanto tempo depois do parto seu bebê pôde ficar com você no seu	258. __ __ dias	quarto?
(Preencher com 77 nos casos em que o bebê ainda está na UI/UTI)		
261. O seu bebê teve algum destes problemas ou necessidades? (ler as opções) (preencher 9 para “não sabe se teve este problema/não soube informar)		
262. Hipoglicemia – baixa de açúcar no sangue	0. Não	1. Sim
263. Malformação congênita (incluindo defeito cardíaco).	0. Não	1. Sim
264. Usou oxigênio após o nascimento	0. Não	1. Sim
265. O bebê ficou amarelo (icterícia)	0. Não	1. Sim
266. Tomou banho de luz	0. Não	1. Sim
267. Foi transferido para outro hospital	0. Não	1. Sim
268. Teve infecção	0. Não	1. Sim
269. Outros	0. Não (vá para 271)	1. Sim
270. Outros? Quais? _____		

XIV – ALEITAMENTO MATERNO – TERCEIRO GEMELAR

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

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

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

271. Você já ofereceu o peito para o seu bebê?

0. Não (**vá para 277**) **1.** Sim **8.** Não se aplica

272. Depois do nascimento, você deu o peito na sala de parto? **0.** Não **1.** Sim (**vá para 279**)

273. Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (mais ou 274.

|__|__|

dias menos) (**Ao final**

277. Por quê ainda não deu o peito ao seu bebê?

- 1.** Mãe HIV+
- 2.** Mãe HTLV+
- 3.** Bebê prematuro
- 4.** Bebê doente e não pode mamar
- 5.** Leite não desceu/ pouco leite
- 6.** Estou com soro na veia e não tenho posição para amamentar
- 7.** Outros (**responda a 278**)

278. Outros? Quais? _____

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

0. Não (caso gravidez de 4 gemelares, vá para o bloco XV, caso seja gravidez de 3 gemelares, vá para o bloco XVII)

1. Sim

8. Não se aplica (caso gravidez de 4 gemelares, vá para o bloco XV, caso seja gravidez de 3 gemelares, vá para o bloco XVII)

9. Não sei (caso gravidez de 4 gemelares, vá para o bloco XV, caso seja gravidez de 3 gemelares, vá para o bloco XVII)

280. Por quê recebeu outro leite ou líquido? **(Não ler opções)**

1. Bebê prematuro

2. Bebê doente

3. Leite não havia descido/estava com pouco leite

4. Rotina hospitalar

5. Eu estava com soro na veia e não tinha posição para amamentar

6. Foi prescrito pelo pediatra

7. Outros **(responda 281)**

9. Não soube informar

281. Outros _____

282. Como o leite foi dado ao seu bebê?

1. Na mamadeira/chuquinha **2.** No copinho |____|

3. Na sonda/gavagem/seringa **4.** Outros **(responda a 283)** **9.** Não soube informar |____|

283. Outros? Quais? _____

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

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

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

300. Teve infecção	0. Não 1. Sim	☐
301. Outros	0. Não (vá para 303) 1. Sim	☐

302. Outros? Quais? _____

XVI – ALEITAMENTO MATERNO – QUARTO GEMELAR

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

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

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

303. Você já ofereceu o peito para o seu bebê? 0. Não (vá para 309) 1. Sim 8. Não se aplica		☐ ☐
304. Depois do nascimento, você deu o peito na sala de parto? 0. Não 1. Sim (vá para 311)		☐ ☐
305. Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (mais ou 306. dias desta questão, vá para 311) horas minutos	menos) (Ao final	
309. Por quê ainda não deu o peito ao seu bebê? Mãe HIV+ Mãe HTLV+ Bebê prematuro Bebê doente e não pode mamar Leite não desceu/ pouco leite Estou com soro na veia e não tenho posição para amamentar Outros (responda a 310)		☐ ☐ ☐ ☐ ☐
310. Outros? Quais? _____ _____		

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

354. Durante a gravidez, você bebeu chopp, cerveja ou alguma outra bebida alcoólica? Não (<i>confirme: “nem de vez em quando?”</i>) Sim <i>Se entrevistada for <u>completamente abstinência</u>, pular para o bloco XX</i>	☐
355. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? 0. Não 1. Sim	☐
356. Seu (ex) companheiro ou seus pais se preocupam ou reclamam quando você bebe? 0. Não 1. Sim	☐
357. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? 0. Não 1. Sim	☐
358. Alguma vez você acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido na noite passada? 0. Não 1. Sim	☐
359. Quantas doses você precisa beber para se sentir “alta”, ou seja, quantas doses são necessárias para que você comece a se sentir diferente do seu jeito “normal”? <i>(Uma dose de bebida alcoólica corresponde, por exemplo, a uma lata ou meia garrafa de cerveja, a 1 chopp, a 2 copos de cerveja, a 1 copo de vinho, a uma dose de uísque, cachaça ou outros destilados ou a 1 copo de caipirinha)</i>	

XX. ANTECEDENTES PESSOAIS

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

360. Você apresentava alguma dessas doenças antes da gravidez que tenha sido confirmada por médico? (ler as opções)	
361. Doença do coração 0. Não 1. Sim	☐

362. Pressão alta <u>fora da gestação</u> , tendo sido prescrito remédio para uso continuado 0. Não 1. Sim	☐
363. Anemia grave, <u>fora da gestação</u> , ou outra doença no sangue 0. Não 1. Sim	☐
364. Asma/bronquite 0. Não 1. Sim	☐
365. Lupus ou esclerodermia 0. Não 1. Sim	☐
366. Hipertireoidismo 0. Não 1. Sim	☐
367. Diabetes/açúcar alto no sangue, fora da gestação, confirmado por médico especialista 0. Não 1. Sim	☐
368. Doença renal/nos rins confirmada por médico especialista que precisa de tratamento 0. Não 1. Sim	☐
369. Epilepsia/convulsão, antes da gestação 0. Não 1. Sim	☐
370. AVC/derrame 0. Não 1. Sim	☐
371. Doença do fígado confirmada por médico especialista que precisa de tratamento 0. Não 1. Sim	☐
372. Doença mental, que necessita de acompanhamento com especialista 0. Não 1. Sim	☐
373. Outros 0. Não (vá para 375) 1. Sim	☐
374. Outros? Quais? _____	

XXI – PLANO DE SAÚDE

“Agora vou fazer algumas perguntas sobre plano de saúde”

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

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

386. A assistência à sua atual gravidez/parto foi coberta pelo plano de saúde? (ler as opções) Sim totalmente Sim, para as consultas de pré-natal Sim, para o parto Sim, para os exames Não (responda a 387)	☐ ☐
9. Não soube informar	
387. Por quê? _____	

XXII. INFORMAÇÕES BIOMÉTRICAS

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

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

XXIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

392. Você gostaria de dizer mais alguma coisa? 0. Não (vá para 394) 1. Sim	☐
393. O que deseja dizer?	

394. Horário do término: |__|__|:|__|__|

395. Fotografou o cartão da gestante?

0. Não 1. Sim

|__|

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

396. Observações do entrevistador:

397. Houve recusa, por parte da puérpera, em relação a receber ligação que será feita após 42 dias do parto
Sem manifestações
A puérpera deixou claro que **Não** quer ser contatada após sua alta

|__|

31. Acidente Vascular Cerebral (AVC)	0. Não 1. Sim	☐
32. Doença hepática crônica	0. Não 1. Sim	☐
33. Doença psiquiátrica	0. Não 1. Sim	☐
34. Outros	0. Não (vá para 36) 1. Sim	☐
35. Quais? _____		
36. Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação):		
37. Incompetência istmo-cervical (IIC)	0. Não 1. Sim	☐
38. Crescimento Intra Uterino Restrito (CIUR)	0. Não 1. Sim	☐
39. Oligodramnia	0. Não 1. Sim	☐
40. Polidramnia	0. Não 1. Sim	☐
41. Isoimunização RH	0. Não 1. Sim	☐
42. Placenta prévia	0. Não 1. Sim	☐
43. Descolamento prematuro de placenta (DPP)	0. Não 1. Sim	☐
44. Amniorexe prematura	0. Não 1. Sim	☐
45. Diabetes gestacional	0. Não 1. Sim	☐
46. Síndromes hipertensivas (HA crônica, pré-eclâmpsia, síndrome HELLP)	0. Não 1. Sim	☐
47. Eclâmpsia/Convulsões	0. Não 1. Sim	☐
48. Ameaça de parto prematuro	0. Não 1. Sim	☐
49. Sofrimento fetal	0. Não 1. Sim	☐

50. Sífilis	0. Não 1. Sim	
51. Infecção urinária	0. Não 1. Sim	

52. Infecção pelo HIV	0. Não 1. Sim	
53. Toxoplasmose (que precisou tratar)	0. Não 1. Sim	
54. Exame de cultura para streptococo na vagina e/ou ânus positivo	0. Não 1. Sim	
55. Malformação congênita	0. Não (vá para 57) 1. Sim	
56. Qual? _____		
57. Outros problemas	0. Não (vá para 59) 1. Sim	
58. Qual? _____		
59. Cirurgia uterina anterior (miomectomia, microcesarea, outras cirurgias do corpo uterino)	0. Não 1. Sim	

4. Dados da Internação

60. Data da última menstruação (DUM):	/ /
61. Idade gestacional na admissão calculada pela DUM:	semanas
62. Idade gestacional na admissão calculada por USG:	semanas
63. Idade gestacional na admissão sem referência ao método de cálculo:	semanas
64. Apresentação do bebê:	
65. Primeiro bebê 1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação	
66. Segundo bebê 1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação	

67. Terceiro bebê 1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação	
68. Quarto bebê 1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação	
69. Nível de consciência da mulher na admissão: 1. Lúcida 2. Torporosa (confusão mental) 3. Em coma 9. Sem informação	
70. Ocorrência de convulsões antes da internação: 0. Não 1. Sim	

71. Há registro de pressão arterial na admissão 0. Não (vá para 74) 1. Sim	
72. Primeira verificação: sist (em mmhg)	sist mmhg
73. Primeira verificação: diast (em mmhg)	diast mmhg
74. Há registro de temperatura axilar na admissão: 0. Não (vá para 76) 1. Sim	
75. Valor em °C	°C
76. Sangramento vaginal após internação e antes do parto: Não Sim, pequeno Sim, moderado Sim, intenso Sim, sem especificação	
77. Perda de líquido amniótico (ruptura da bolsa) antes da internação: Não Sim, líquido claro sem grumos Sim, líquido claro com grumos Sim, líquido com mecônio Sim, líquido sanguinolento Sim, líquido purulento/ fétido Sim, sem especificação	
78. Dilatação do colo do útero no momento da admissão: (consultar instrutivo)	cm
79. Número de contrações em 10 minutos no momento da admissão:	contrações

80. Batimento Cardíaco Fetal (BCF) na admissão (ou primeiro exame): 0. Ausente (vá para 82) 1. Presente	
81. Qual a frequência?	bpm
82. Realizada cardiotocografia (CTG): (Permite mais de 1 opção) Não (vá para 84) Sim, antes de vir para maternidade Sim, na admissão/internação Sim, no trabalho de parto	
83. Algum resultado da CTG alterado:	0. Não 1. Sim 9. Sem informação
84. Realizado Dopplerfluxometria Fetal: Não (vá para 86) Sim, antes de vir para maternidade Sim, na admissão/internação	

85. Algum Doppler alterado:	0. Não 1.Sim 9. Sem informação
86. Prescrição de corticóide antes do parto: 0. Não 1. Sim, antes da internação 2. Sim, na admissão/internação	
87. Motivo da internação: Internação por trabalho de parto Internação para indução do trabalho de parto Internação para cesárea eletiva sem trabalho de parto (responda 88 e vá para 130) Internação como gestante, por complicação clínico-obstétrica Outro motivo	

94. Trabalho de Parto: Espontâneo (vá para 96) Induzido sem sucesso (responda a questão 95 e depois vá para 130) Induzido com sucesso Não entrou em trabalho de parto (vá para 130)	☐
95. Medicamentos/método utilizados para indução do parto: (ver folha de prescrição) 1. Ocitocina 2. Misoprostol 3. Outras	☐
96. O acompanhante estava presente:	0. Não 1. Sim 9. Sem informação
97. Prescrição de dieta no trabalho de parto: 0. Dieta zero 1. Dieta líquida 2. Outro tipo de dieta 9. Sem informação	☐
98. Prescrição de repouso no leito no trabalho de parto:	0. Não 1. Sim
99. Prescrição de hidratação venosa no trabalho de parto:	0. Não 1. Sim (vá para 101)
100. Colocação de acesso venoso no trabalho de parto:	0. Não 1. Sim
101. Prescrição de antibióticos no trabalho de parto:	0. Não 1. Sim
102. Realização de tricotomia (raspagem dos pelos) na maternidade:	0. Não 1. Sim
103. Enteróclise/enema (lavagem intestinal) antes do parto:	0. Não 1. Sim
104. Profissional que acompanhou o trabalho de parto: 1. Médico (a) 2. Enfermeiro (a) obstetra/obstetriz 3. Enfermeiro (a) 4. Parteira tradicional 5. Auxiliar/técnico de enfermagem 6. Estudante 7. Outro 9. Sem informação	☐
105. Presença de partograma no prontuário:	0. Não (vá para 110) 1. Sim
106. Registro de dilatação do colo do útero no início do uso do partograma: 0. Não (vá para 108) 1. Sim	☐
107. Quantos? (centímetros)	cm
108. Registro do número de toques no partograma:	0. Não (vá para 110) 1. Sim

109. Quantos?		
110. Prescrição de ocitocina durante o trabalho de parto: 0. Não (vá para 116) 1. Sim		
111. Prescrição da ocitocina (anotar primeira prescrição antes do parto):		
112. Número de ampolas de 5UI/500 ml soro		
113. Nº de gotas/mim		
114. Velocidade de infusão ml/hora		
115. Dilatação do colo do útero no início da administração da ocitocina:		cm
116. Prescrição de analgésicos durante o trabalho de parto: Não Sim, opióides (dolantina, meperidina ou petidina) Sim, outras (buscopam, dipirona, hioscina, outros)		
117. Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor:		
118. Banho de chuveiro	0. Não 1. Sim	
119. Banho de banheira	0. Não 1. Sim	
120. Massagem	0. Não 1. Sim	
121. Bola	0. Não 1. Sim	
121.1. Banquinho	0. Não 1. Sim	
122. Cavalinho	0. Não 1. Sim	
123. Outros	0. Não (vá para 125) 1. Sim	
124. Qual: _____		

125. Utilização de analgesia durante o trabalho de parto: 0. Não 1. Peridural 2. Raqui 3. Peri+Raqui(combinado) 4. Geral	
126. Ruptura de membranas durante o trabalho de parto /parto: Não, ruptura antes da internação (vá para 129) Sim, ruptura espontânea Sim, ruptura artificial (feita pelos profissionais) Sim, sem informação do tipo de ruptura	
127. Característica do líquido: Líquido claro sem grumos Líquido claro com grumos Líquido com mecônio Líquido sanguinolento Líquido purulento/ fétido Líquido sem especificação	
128. Dilatação do colo do útero no momento da ruptura de membranas no partograma /prontuário:	cm
129. Há registro no prontuário de: Sofrimento fetal durante o TP Eliminação de mecônio espesso Bradicardia fetal (BCF < 110) Taquicardia fetal (BCF > 160) Presença de DIP 2 (desaceleração na cardiotocografia) Sem registro de alguma das alterações acima	
6. Dados da Assistência ao Parto	
130. Dia do parto:	/ /
131. Hora do parto:	horas min
132. O acompanhante estava presente no parto:	0. Não 1. Sim 9. Sem informação

7. Indicação da cesariana

146. Informações do obstetra:

(Ver folha ou relato da cirurgia. Registrar na mesma ordem da folha de descrição cirúrgica)

147. 1ª Informação do obstetra:

Cesariana anterior/Iteratividade

Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)

Parada de Progressão

Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)

Placenta prévia

Sofrimento fetal/CIUR

Infecção pelo HIV

Apresentação pélvica (sentado)

Apresentação córmica (atravessado)

Laqueadura tubária

Hipertensão arterial/Pré-eclampsia

Eclâmpsia

Síndrome HELLP

Diabetes

Oligodramnia

Gemelaridade

Prematuridade

Pós-maturidade/Gravidez prolongada

Macrossomia

Falha de indução

Mal formação

Óbito fetal

Amniorrexe prematura

Intercorrências clínicas

Sem informação no prontuário

Outra (**responda a 148**)

|

148. Outra. Qual? _____

149. 2ª Informação do obstetra: Cesariana anterior/Iteratividade Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) Parada de Progressão Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) Placenta prévia Sofrimento fetal/CIUR Infecção pelo HIV Apresentação pélvica (sentado)	
Apresentação córmica (atravessado) Laqueadura tubária Hipertensão arterial/Pré-eclampsia Eclampsia Síndrome HELLP Diabetes Oligodramnia Gemelaridade Prematuridade Pós-maturidade/Gravidez prolongada Macrossomia Falha de indução Mal formação Óbito fetal Amniorrexe prematura Intercorrências clínicas Sem informação no prontuário Outra (responda a 150)	
150. Outra. Qual? _____	

151. 3ª Informação do obstetra: Cesariana anterior/Iteratividade Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) Parada de Progressão Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) Placenta prévia Sofrimento fetal/CIUR Infecção pelo HIV Apresentação pélvica (sentado) Apresentação córmica (atravessado) Laqueadura tubária Hipertensão arterial/Pré-eclampsia Eclampsia Síndrome HELLP Diabetes Oligodramnia Gemelaridade	
Prematuridade Pós-maturidade/Gravidez prolongada Macrossomia Falha de indução Mal formação Óbito fetal Amniorrexe prematura Intercorrências clínicas Sem informação no prontuário Outra (responda a 152)	
152. Outra. Qual? _____	

153. 4ª Informação do obstetra: Cesariana anterior/Iteratividade Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) Parada de Progressão Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) Placenta prévia Sofrimento fetal/CIUR Infecção pelo HIV Apresentação pélvica (sentado) Apresentação córmica (atravessado) Laqueadura tubária Hipertensão arterial/Pré-eclampsia Eclampsia Síndrome HELLP Diabetes Oligodramnia Gemelaridade Prematuridade Pós-maturidade/Gravidez prolongada Macrossomia Falha de indução Mal formação Óbito fetal Amniorrexe prematura Intercorrências clínicas	☐
Sem informação no prontuário Outra (responda a 154)	☐
154. Outra. Qual? _____	
155. Tipo de anestesia: 1. Peridural 2. Raqui 3. Peri+Raqui (combinado) 4. Geral	☐
8. Dados sobre Near Miss Materno	
156. Apresentou alguma das seguintes alterações clínicas, em algum momento da internação:	
157. Cianose aguda	0. Não 1. Sim ☐

158. Respiração agônica (gasping)	0. Não 1. Sim	☐
159. Frequência respiratória (FR) > 40 ou < 6 ipm	0. Não 1. Sim	☐
160. Choque	0. Não 1. Sim	☐
161. Oligúria não responsiva à hidratação e medicamentos	0. Não 1. Sim	☐
162. Distúrbio de coagulação	0. Não 1. Sim	☐
163. Icterícia na presença de pré-eclâmpsia	0. Não 1. Sim	☐
164. Convulsões reentrantes/paralisia total	0. Não 1. Sim	☐
165. AVC	0. Não 1. Sim	☐
166. Perda da consciência maior que 12 horas	0. Não 1. Sim	☐
167. Perda da consciência associada a ausência de pulso	0. Não 1. Sim	☐
168. Apresentou alguma das seguintes alterações laboratoriais, em algum momento da internação:		
169. Saturação de O ₂ < 90% por mais de 60 minutos	0. Não 1. Sim	☐
170. PaO ₂ /FiO ₂ < 200 mmHg	0. Não 1. Sim	☐
171. Creatinina ≥ 3,5 mg/dl	0. Não 1. Sim	☐
172. Bilirrubina > 6 mg/dl	0. Não 1. Sim	☐
173. pH < 7,1	0. Não 1. Sim	☐
174. Lactato/ Ácido láctico > 5	0. Não 1. Sim	☐
175. Trombocitopenia aguda (plaquetas < 50.000)	0. Não 1. Sim	☐
176. Perda de consciência associada à presença de glicose e cetoácidos na urina	0. Não 1. Sim	☐
177. Realizou algum dos seguintes tratamentos, em algum momento da internação:		
178. Uso contínuo de drogas vasoativas (dopamina, dobutamina, adrenalina)	0. Não 1. Sim	☐
179. Histerectomia pós infecção ou hemorragia	0. Não 1. Sim	☐
180. Transfusão ≥ 5 unidades de hemácias	0. Não 1. Sim	☐
181. Diálise por insuficiência renal aguda	0. Não 1. Sim	☐
182. Intubação e ventilação mecânica ≥ 60 minutos não relacionada à anestesia	0. Não 1. Sim	☐
183. Ressuscitação cardiopulmonar	0. Não 1. Sim	☐

**Atenção entrevistador! No caso de gemelar, preencher uma ficha para cada recém-nascido.
No caso de natimorto responder só as questões 186, 187, 259, 261, 263 e 265.**

9. Dados do recém-nato – 1ª parte

Síndrome HELLP

Diabetes

Oligodramnia

Gemelaridade

Prematuridade

Pós-maturidade/Gravidez prolongada

Macrossomia

Falha de indução

Mal formação

Óbito fetal

Amniorrexe prematura

Intercorrência clínicas

Outra (**responda a 202**)

202. Qual? _____

203. 2ª informação: Cesariana anterior/Iteratividade Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) Parada de Progressão Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP) Placenta prévia Sofrimento fetal / CIUR Infecção pelo HIV Apresentação pélvica Apresentação córmica Laqueadura tubária Hipertensão arterial/Pré-eclampsia Eclampsia Síndrome HELLP Diabetes Oligodramnia Gemelaridade Prematuridade Pós-maturidade/Gravidez prolongada Macrossomia Falha de indução Malformação Óbito fetal	
Amniorrexe prematura Intercorrências clínicas Outra (responda a 204)	
204. Qual? _____	

205. 3ª informação: Cesariana anterior/Iteratividade Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) Parada de Progressão Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP) Placenta prévia Sofrimento fetal / CIUR Infecção pelo HIV Apresentação pélvica Apresentação córmica Laqueadura tubária Hipertensão arterial/Pré-eclampsia Eclampsia Síndrome HELLP Diabetes Oligodramnia Gemelaridade Prematuridade Pós-maturidade/Gravidez prolongada Macrossomia Falha de indução Malformação Óbito fetal Amniorrexe prematura Intercorrências clínicas Outra (responda a 206)	
206. Qual? _____	
207. 4ª informação: Cesariana anterior/Iteratividade Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) Parada de Progressão Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP) Placenta prévia	

217. Outros	0. Não 1. Sim	
218. Qual? _____		

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

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

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

262. Qual _____	
263. Número da declaração de óbito _ _ _ _ _ _ _ _ _	
264. Peso do bebê na alta hospitalar, óbito ou aos 28 dias de nascido, se ainda internado. (em gramas)	_ _ _ _ _ _ _ _ _ g
265. Observações: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	

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

BLOCO I - Identificação da puérpera e dados da internação para o parto

Nome:

Idade:

Tipo de Gestação: 1 ☐ única 2 ☐ gemelar 3 ☐ trigemelar

Tipo de Parto: 1 ☐ Norma 2 ☐ cesárea 3 ☐ forcipe

Maternidade:

Data do parto:

Situação da Mãe: 1 ☐ normal 2 ☐ near miss* 3 ☐ óbito

***Morbidade materna grave-** transferência UTI/ hemorragia grave/ desordens hipertensivas com deteriorizacão do quadro/ embolia pulmonar/ disfunção aguda de órgãos (Cad. Saúde Pública vol.22 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2006)

Data da Alta da Mãe:

Nome Bebê 1:

Situação do bebê 1 ao nascimento: 1 ☐ normal 2 ☐ near miss* 3 ☐ (óbito)

***peso inferior a 1500g/ apgar 5 min < 7/ ventilação mecânica/ IG inferior a 32 sem/ malformação congênita** (Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S220-S231, 2014)

Tipo de alta do Bebê 1: ☐ vivo 2 ☐ óbito

Data da Alta/Óbito Bebê 1:

Nome Bebê 2:

Situação do bebê 2 ao nascimento: 1 ☐ normal 2 ☐ near miss* 3 ☐ (óbito)

***peso inferior a 1500g/ apgar 5 min < 7/ ventilação mecânica/ IG inferior a 32 sem/ malformação congênita** (Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S220-S231, 2014)

Tipo de alta do Bebê 2: ☐ vivo 2 ☐ óbito

Data da Alta/Óbito Bebê 2:

Atenção entrevistador: LEIA SEMPRE TODAS AS OPÇÕES DE RESPOSTA E MARQUE A OPÇÃO RESPONDIDA PELA ENTREVISTADA. AS PERGUNTAS QUE PERMITEM MAIS DE UMA OPÇÃO DE RESPOSTA ESTÃO ASSINALADAS ENTRE PARÊNTESES.

Bloco II - Avaliação do Near Miss materno

As perguntas que iremos fazer agora se referem a problemas de saúde que você possa ter tido durante a gestação, o parto ou até 42 dias depois do parto.

(Não perguntar qual foi o problema. Aplicar as perguntas abaixo caso a gestante relate qualquer problema de saúde durante a gestação, parto ou pós-parto)

1. A Sra. teve algum tipo de problema de saúde durante a gravidez, o parto ou até 42 dias depois do parto? 0. Não (<i>vá para o bloco III</i>) 1. Sim	_
2. A Sra. teve algum desmaio por causa deste problema de saúde? 0. Não 1. Sim	_
3. A Sra. precisou ser internada por causa deste problema de saúde? 0. Não (<i>vá para a questão 9</i>) 1. Sim 2. Já estava internada	_
4. Essa internação durou mais de uma semana? 0. Não 1. Sim	_
5. Seu útero foi retirado por causa deste problema de saúde? 0. Não 1. Sim	_
6. A Sra. teve que ser transferida para outro hospital com mais recursos durante essa internação? 0. Não 1. Sim	_

7. A Sra. foi internada na UTI, durante essa internação?	0. Não 1. Sim	
8. A Sra. precisou de aparelhos para respirar durante essa internação?	0. Não 1. Sim	
9. A Sra. teve aumento da pressão durante a gravidez?	0. Não 1. Sim	
10. A Sra. teve convulsões durante a gravidez, o parto ou após o parto? 0. Não (vá para a questão 12) 1. Sim		
11. A Sra. já havia apresentado convulsões antes, sem relação com a gravidez?	0. Não 1. Sim	
12. A Sra. apresentou sangramento vaginal INTENSO (acima do normal) que molhou as suas roupas, a cama ou o chão durante a gravidez ou após o parto? 0. Não (vá para questão 14) 1. Sim		
13. A Sra. recebeu transfusão de sangue por causa desse sangramento?	0. Não 1. Sim	
14. A Sra. teve febre alta <u>após o parto</u> ?	0. Não (vá para o bloco III) 1. Sim	
15. Esta sua febre veio com calafrios?	0. Não 1. Sim	
16. Essa febre veio acompanhada de um corrimento muito mal cheiroso?	0. Não 1. Sim	

Bloco III. Satisfação com o atendimento hospitalar

Faremos agora algumas perguntas relativas à sua internação para o parto e a sua satisfação com a maneira como ele aconteceu.

17. Na sua internação para o parto, como a Sra avalia o tempo gasto com o deslocamento da sua casa até a maternidade? 1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	
18. Na sua internação para o parto, como a Sra avalia o tempo de espera desde que chegou na maternidade até ser atendida? 1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	
19. Na sua internação para o parto, como a Sra. avalia o respeito dos profissionais ao recebê-la e ao falar com a Sra? 1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	

20. Receber um tratamento respeitoso significa ter os exames realizados de maneira respeitosa. Na sua internação para o parto, como a Sra avalia a maneira como sua intimidade foi respeitada durante o exame físico e o atendimento (por exemplo, durante os toques e o atendimento ao parto?) 1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	
21. Na sua internação para o parto, como a Sra avalia a clareza com que os profissionais de saúde explicaram as coisas para a Sra? 1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	
22. Na sua internação para o parto, como a Sra avalia o tempo disponível para fazer perguntas sobre a sua saúde ou o seu tratamento? 1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	
23. Na sua internação para o parto, como a Sra avalia a possibilidade de participar junto com a equipe de saúde das decisões sobre o seu trabalho de parto e o parto? 1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	
24. Na sua internação para o parto, a Sra. considera que foi vítima de algum maltrato ou outra forma de violência por parte dos profissionais, como (pode ter mais de uma resposta) LER TODOS OS ITENS 1.Não 2.Violência verbal (algum profissional gritou ou xingou a Sra.) Violência psicológica (algum profissional a ameaçou, humilhou ou se negou a atendê-la ou oferecer algum tipo de alívio para dor) Violência física (algum profissional a empurrou, machucou ou fez exame de toque de forma dolorosa)	
25. Na sua opinião, o atendimento ao seu parto foi: 1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	
26. Na sua opinião, os cuidados e as orientações que a Sra. recebeu depois do parto até a alta da maternidade foram: 1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	
27. Na sua opinião, o atendimento ao bebê na maternidade onde ele nasceu foi: 1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	

Bloco IV– Morbidade materna e utilização de serviços

Agora faremos algumas perguntas sobre alguns problemas que a Sra pode ter tido nos primeiros dias após o nascimento do (nome do bebê)

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

47. Depois da saída da maternidade, algum PROFISSIONAL DE SAÚDE falou para você dar outro leite, além do leite materno? 0. Não (<i>vá para a questão 49</i>) 1. Sim	
48. Qual profissional de saúde orientou a Sra. dar outro leite para o (a) (nome do bebê)? 1. Pediatra 2. Outro médico 3. Enfermeira 4. Agente de saúde Outro profissional – Qual? _____	

49. A Sra. já levou o (a) (nome do bebê) para a consulta de rotina de acompanhamento (sem contar consulta de urgência) ? 0. Não (<i>vá para 52</i>) 1. Sim	
50. A Sra. conseguiu que ele(a) fosse atendido(a)? 0. Não (<i>vá para questão 49</i>) 1. Sim	
51. Quando foi realizada a primeira consulta de rotina de acompanhamento? 1. Na 1ª semana de vida 2. Na 2ª semana de vida 3. Na 3ª semana de vida 4. Na 4ª semana de vida 5. Com mais de 1 mês 9. Não sabe informar	
52. O (nome do bebê) já foi vacinado com a BCG (aquela aplicada no braço)? 0. Não 1. Sim 9. NSI	
53. O (nome do bebê) já recebeu a vacina contra a hepatite B (aplicada na coxa)? 0. Não 1. Sim 9. NSI	
54. Já foi feito o teste do pezinho? 0. Não (<i>vá para questão 57</i>) 1. Sim 9. NÃO SEI (<i>vá para questão 57</i>)	
55. Quando foi feito o teste do pezinho? 1. Na 1ª semana de vida 2. Na 2ª semana de vida 3. Na 3ª semana de vida 4. Na 4ª semana de vida 5. Com mais de 1 mês 9. Não sabe informar	

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

62. Onde o (a) (nome do bebê) foi internado na última vez? Na mesma maternidade onde ocorreu o parto UPA (Unidade de Pronto Atendimento) Pronto- socorro ou emergência de hospital público Pronto- socorro ou emergência de hospital privado Hospital público do seu município Hospital público de outro município Hospital privado Outro – especifique: _____	☐
---	--------------------------

**Se Q38 ≠ 1 (para todos os filhos – ver a questão dos gêmeos); Encerre*

Bloco VI – Dados do óbito do bebê

Apenas para os bebês que morreram após alta da maternidade onde ele nasceu (Q38=1) OS OBITOS NA INTERNACAO NÃO PRECISA PERGUNTAR MAIS NADA

63. Quando o bebê faleceu?	____/____/____
64. A que horas ele faleceu?	☐ ☐ h ☐ ☐ min
65. Em que local ocorreu o óbito? 0. Em casa 1. No caminho para o hospital/serviços de saúde 2. No hospital/serviço de saúde – Nome: _____	☐
66. A Sra. recebeu o atestado de óbito? 0. Não 1. Sim	☐
67. Qual foi a causa da morte do seu bebê? Problemas por ser prematuro Problema na respiração Problema no coração Infecção Malformação congênita Diarréia/Desidratação Problema no sangue Outra causa. Qual? _____	☐ ☐ ☐ ☐

Caso tenha 2 gemelar repetir as perguntas para o segundo bebe!!!

38. O (nome bebê) está morando com a sra.? Não, faleceu (<i>passar para Bloco VI, referente ao óbito do recém-nato</i>) Não, está morando com outra pessoa (responder a 37) Não, está internado desde o nascimento (<i>encerrar a entrevista</i>) Não, foi re-internado (<i>vá para 40</i>) Sim (<i>vá para 40</i>)	☐
39. A sra. poderia responder outras perguntas sobre o (nome do Bebê)? 0. Não (<i>encerrar a entrevista</i>) 1. Sim	☐
40. A sra. sabe qual era o peso do (nome bebê) quando ele recebeu alta da maternidade? (<i>Não sabe informar 9999</i>)	
41. O (a) (nome do bebê) saiu da maternidade mamando só no peito? 0. Não 1. Sim (<i>vá para questão 43</i>)	☐
42. Por que não estava só no peito? (<i>Não ler as opções; pode ter mais de uma resposta</i>) Porque a Sra. apresentou algum problema de saúde Porque o bebê apresentou algum problema de saúde Porque era rotina do hospital e passaram outro leite Porque a Sra. tinha pouco leite/leite fraco/bebê não pegou Porque a Sra. não queria amamentar 6. Por outro motivo. Qual _____	☐ ☐ ☐
43. De ontem de manhã até hoje de manhã, o (a) (nome do bebê) mamou no peito? 0. Não 1. Sim	☐
44. De ontem de manhã até hoje de manhã, o (a) (nome do bebê) tomou outro leite? 0. Não 1. Sim	☐
45. De ontem de manhã até hoje de manhã, o (a) (nome do bebê) tomou água, chá ou suco? 0. Não 1. Sim	☐
46. Atenção: apenas se a resposta da questão 44 E 45 for sim, perguntar: Em qual tipo de utensílio o bebê tomou OUTRO LEITE, água, chá ou suco? (<i>pode ter mais de uma resposta</i>) Mamadeira Copinho Outro. Qual _____	☐

47. Depois da saída da maternidade, algum PROFISSIONAL DE SAÚDE falou para você dar outro leite, além do leite materno? 0. Não (<i>vá para a questão 49</i>) 1. Sim	
48. Qual profissional de saúde orientou a Sra. dar outro leite para o (a) (nome do bebê)? 1. Pediatra 2. Outro médico 3. Enfermeira 4. Agente de saúde Outro profissional – Qual? _____	

49. A Sra. já levou o (a) (nome do bebê) para a consulta de rotina de acompanhamento (sem contar consulta de urgência) ? 0. Não (<i>vá para 52</i>) 1. Sim	
50. A Sra. conseguiu que ele(a) fosse atendido(a)? 0. Não (<i>vá para questão 49</i>) 1. Sim	
51. Quando foi realizada a primeira consulta de rotina de acompanhamento? 1. Na 1ª semana de vida 2. Na 2ª semana de vida 3. Na 3ª semana de vida 4. Na 4ª semana de vida 5. Com mais de 1 mês 9. Não sabe informar	
52. O (nome do bebê) já foi vacinado com a BCG (aquela aplicada no braço)? 0. Não 1. Sim 9. NSI	
53. O (nome do bebê) já recebeu a vacina contra a hepatite B (aplicada na coxa)? 0. Não 1. Sim 9. NSI	
54. Já foi feito o teste do pezinho? 0. Não (<i>vá para questão 57</i>) 1. Sim 9. NSI (<i>vá para questão 57</i>)	
55. Quando foi feito o teste do pezinho? 1. Na 1ª semana de vida 2. Na 2ª semana de vida 3. Na 3ª semana de vida 4. Na 4ª semana de vida 5. Com mais de 1 mês 9. Não sabe informar	

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

ANEXO D – Índice de Função Sexual Feminina

BLOCO I - Identificação da puérpera e dados da internação para o parto
(preencher antes da ligação o Bloco 1)

Nome:

Código puérpera:

Idade:

Tipo de Gestação: 1 ☐ única 2 ☐ gemelar 3 ☐ trigemelar

Tipo de Parto: 1 ☐ Norma 2 ☐ cesárea 3 ☐ forcipe

Maternidade: (colocar o numero)

1. Santa Isabel; 2. Nossa senhora de Lourdes; 3. Itabaiana; 4. Maternidade Santa helena
5. Maternidade Estância; 6. Maternidade de Lagarto; 7. Maternidade Propriá
8. Maternidade de Capela; 9. Maternidade Socorro- José Franco; 10. Maternidade Gabriel Soares; 11.
Maternidade Regional de Glória

Data do parto:

Situação da Mãe: 1 ☐ normal 2 ☐ near miss* 3 ☐ óbito

1- Após o parto, a sra já teve alguma relação sexual?

(1) sim – vá para o IFSF

(2) não

2- Por que não? (quem responder que não teve relação após o parto não aplica o IFSF, deve responder a questão 2 e pular para as questões do Bloco 3)

(1) sem parceiro ou parceiro doente

(2) o médico não liberou

(3) não tive vontade

(4) ainda sinto dor pelo parto

(5) outras _____

IFSF – Índice da Função Sexual Feminina

Instruções: Estas perguntas são sobre seus sentimentos e respostas sexuais nas últimas 4 semanas. Por favor, responda às seguintes perguntas da forma mais clara e honesta possível. Suas respostas serão mantidas em completo sigilo. As definições (explicações) que seguem são aplicadas para responder o questionário: (caso a paciente tenha dúvidas vc's podem explicar como abaixo:)

Atividade sexual: pode incluir carícias, estimulação sexual preliminar, masturbação e coito vaginal.

Relação sexual é definida como a penetração (entrada) do pênis na vagina.

Estimulação sexual: inclui estimulação sexual preliminar com o parceiro, auto-erotismo (masturbação) ou fantasia sexual.

PARA CADA ITEM, MARQUE APENAS UMA RESPOSTA

O desejo ou interesse sexual é um sentimento que abrange a vontade de ter uma experiência sexual, a receptividade às iniciativas sexuais do parceiro, e pensamentos ou fantasias sobre o ato sexual.

1. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desejo ou interesse sexual?

- 5 () Sempre ou quase sempre
- 4 () Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- 3 () Às vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- 2 () Poucas vezes (menos do que a metade do tempo)
- 1 () Nunca ou quase nunca

2. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?

- 5 () Muito alto
- 4 () Alto
- 3 () Moderado
- 2 () Baixo
- 1 () Muito baixo ou nenhum

A excitação sexual é uma sensação com aspectos físicos e mentais. Pode aparecer uma sensação de calor ou de vibração na genitália, lubrificação (umidade), ou contrações musculares.

3. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você se sentiu excitada durante o ato ou atividade sexual?

- 0 () Sem atividade sexual
- 5 () Sempre ou quase sempre
- 4 () Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- 3 () Algumas vezes (metade das vezes)
- 2 () Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 () Nunca ou quase nunca

4. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de excitação sexual durante a atividade sexual?

- 0 () Sem atividade sexual
- 5 () Muito alto
- 4 () Alto
- 3 () Moderado
- 2 () Baixo
- 1 () Muito baixo ou nenhum

5. Durante as últimas 4 semanas, qual foi seu grau de confiança sobre sentir-se excitada durante a atividade sexual?

- 0 () Sem atividade sexual
- 5 () Altíssima confiança
- 4 () Alta confiança
- 3 () Moderada confiança
- 2 () Baixa confiança
- 1 () Baixíssima ou nenhuma confiança

6. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você ficou satisfeita com seu nível (grau) de excitação durante a atividade sexual?

- 0 () Sem atividade sexual
- 5 () Sempre ou quase sempre
- 4 () Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- 3 () Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- 2 () Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 () Nunca ou quase nunca

7. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você ficou lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?

- 0 () Sem atividade sexual
- 5 () Sempre ou quase sempre

- 4 () Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- 3 () Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- 2 () Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 () Nunca ou quase nunca

8. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para ficar lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?

- 0 () Sem atividade sexual
- 1 () Extremamente difícil ou impossível
- 2 () Muito difícil
- 3 () Difícil
- 4 () Pouco difícil
- 5 () Nada difícil

9. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você manteve sua lubrificação até o final da atividade sexual?

- 0 () Sem atividade sexual
- 5 () Sempre ou quase sempre
- 4 () Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- 3 () Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- 2 () Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 () Nunca ou quase nunca

10 Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para manter sua lubrificação até terminar a atividade sexual?

- 0 () Sem atividade sexual
- 1 () Extremamente difícil ou impossível
- 2 () Muito difícil
- 3 () Difícil
- 4 () Pouco Difícil
- 5 () Nada Difícil

11 Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, com que frequência você atingiu o orgasmo (clímax)?

- 0 () Sem atividade sexual
- 5 () Sempre ou quase sempre
- 4 () Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- 3 () Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- 0 () Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 () Nunca ou quase nunca

12 Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, qual foi o grau de dificuldade para atingir o orgasmo (clímax)?

- 0 () Sem atividade sexual
- 1 () Extremamente difícil ou impossível
- 2 () Muito difícil
- 3 () Difícil
- 4 () Pouco Difícil
- 5 () Nada Difícil

13 Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com sua habilidade de chegar ao orgasmo (clímax) durante a atividade sexual?

- 0 () Sem atividade sexual
- 5 () Muito satisfeita
- 4 () Moderadamente satisfeita
- 3 () Indiferente
- 2 () Moderadamente insatisfeita
- 1 () Muito insatisfeita

14 Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com a quantidade de envolvimento emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?

- 0 () Sem atividade sexual
- 5 () Muito satisfeita
- 4 () Moderadamente satisfeita
- 3 () Indiferente
- 2 () Moderadamente insatisfeita
- 1 () Muito insatisfeita

15 Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação na relação sexual com seu parceiro?

- 5 () Muito satisfeita
- 4 () Moderadamente satisfeita
- 3 () Indiferente
- 2 () Moderadamente insatisfeita
- 1 () Muito insatisfeita

16 Durante as últimas 4 semanas, de forma geral, qual foi o grau de satisfação com sua vida sexual?

- 5 () Muito satisfeita
- 4 () Moderadamente satisfeita
- 3 () Indiferente
- 2 () Moderadamente insatisfeita
- 1 () Muito insatisfeita

17 Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- 0** () Não houve tentativa de penetração
- 1 () Sempre ou quase sempre
- 2 () Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- 3 () Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- 4 () Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 5 () Nunca ou quase nunca

18 Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

- 0** () Não houve tentativa de penetração
- 1 () Sempre ou quase sempre
- 2 () Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- 3 () Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- 4 () Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 5** () Nunca ou quase nunca

19 Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau (nível) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

- 0** () Não houve tentativa de penetração
- 1 () Altíssimo
- 2 () Alto
- 3 () Moderado
- 4 () Baixo
- 5 () Baixíssimo ou nenhum

ESCORE TOTAL (IFSF): _____ (2 A 36)

(PARA CALCULAR O ESCORE TOTAL VCS TEM QUE MULTIPLICAR CADA QUESTAO POR UM FATOR: 1 E 2 (POR 0,6); 3, 4, 5 E 6 (POR 0,3); 7,8, 9 E 10 (POR 0,3); 11,12 E 13 (POR 0,4) ; 14,15 E 16 (POR 0,4) E 17, 18 E 19 (POR 0,4) e depois soma tudo!

ANEXO E - Questionário de depressão: Edinburgh Post-natal Depression Scale

EPDS - Agora desejamos saber como a sra tem se sentido, por favor dê a resposta que melhor reflete como você tem se sentido nos últimos sete dias

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas

- 0 () Como eu sempre fiz
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Sem dúvida, menos que antes
- 3 () De jeito nenhum

2. Eu tenho pensado no futuro com alegria

- 0 () Sim, como de costume
- 1 () Um pouco menos que de costume
- 2 () Muito menos que de costume
- 3 () Praticamente não

3 Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado

- 0 () Não, de jeito nenhum
- 1 () Raramente
- 2 () Sim, às vezes
- 3 () Sim, muito frequentemente

4 Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão

- 3 () Sim, muitas vezes
- 2 () Sim, às vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não, de jeito nenhum

4 Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo

- 3 () Sim, muitas vezes
- 2 () Sim, às vezes
- 1 () Raramente
- 0 () Não, de jeito nenhum

6 Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia

- 3 () Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
- 2 () Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
- 1 () Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
- 0 () Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

7 Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir

- 3 () Sim, na maioria das vezes
- 2 () Sim, algumas vezes
- 1 () Raramente

0 () Não, nenhuma vez

8 Eu tenho me sentido triste ou muito mal

3 () Sim, na maioria das vezes

2 () Sim, muitas vezes

1 () Raramente

0 () Não, de jeito nenhum

9 Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado

3 () Sim, a maior parte do tempo

2 () Sim, muitas vezes

1 () Só de vez em quando

0 () Não, nunca

10 Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma.

3 () Sim, muitas vezes

2 () Às vezes

1 () Raramente

0 () Nunca

Escore de possível depressão: 10 ou mais....

Escore total:

Bloco 4

1. A Sra tem tido perda de urina? (SE SIM LER COMO É A PERDA)

0. Não 1. Sim quando tusso / espirro ou outro esforço; 2. Sim quando bexiga cheia corro e urino no caminho do banheiro 3. Sem razão óbvia 4. Perco o tempo todo (caso afirmativo 1, 2, 3 ou 4 preencher o escore perguntas 3, 4 e 5);
So perguntar 3, 4 e 5 fazer o escore

ANEXO F – International Consultation on Incontinence Questionnaire - SF

Rev Saúde Pública 2004;38(3):438-44

www.fsp.usp.br/rsp

ICIQ - SF																								
Nome do Paciente: _____ Data de Hoje: ____/____/____ Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS. 1. Data de Nascimento: ____/____/____ (Dia / Mês / Ano) 2. Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐																								
3. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">Nunca</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma vez por semana ou menos</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Duas ou três vezes por semana</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma vez ao dia</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Diversas vezes ao dia</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">O tempo todo</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> </table>		Nunca	☐	0	Uma vez por semana ou menos	☐	1	Duas ou três vezes por semana	☐	2	Uma vez ao dia	☐	3	Diversas vezes ao dia	☐	4	O tempo todo	☐	5					
Nunca	☐	0																						
Uma vez por semana ou menos	☐	1																						
Duas ou três vezes por semana	☐	2																						
Uma vez ao dia	☐	3																						
Diversas vezes ao dia	☐	4																						
O tempo todo	☐	5																						
4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">Nenhuma</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma pequena quantidade</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma moderada quantidade</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma grande quantidade</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">6</td> </tr> </table>		Nenhuma	☐	0	Uma pequena quantidade	☐	2	Uma moderada quantidade	☐	4	Uma grande quantidade	☐	6											
Nenhuma	☐	0																						
Uma pequena quantidade	☐	2																						
Uma moderada quantidade	☐	4																						
Uma grande quantidade	☐	6																						
5. Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito) <table style="width: 100%; border: none; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Não interfere</td> <td colspan="6"></td> <td>Interfere muito</td> </tr> </table>		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Não interfere											Interfere muito
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
Não interfere											Interfere muito													
ICIQ Escore: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = _____																								
6. Quando você perde urina? (Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">Nunca</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco antes de chegar ao banheiro</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco quando tusso ou espiro</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco quando estou dormindo</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco quando estou fazendo atividades físicas</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco sem razão óbvia</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco o tempo todo</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> </table>		Nunca	☐	Perco antes de chegar ao banheiro	☐	Perco quando tusso ou espiro	☐	Perco quando estou dormindo	☐	Perco quando estou fazendo atividades físicas	☐	Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo	☐	Perco sem razão óbvia	☐	Perco o tempo todo	☐							
Nunca	☐																							
Perco antes de chegar ao banheiro	☐																							
Perco quando tusso ou espiro	☐																							
Perco quando estou dormindo	☐																							
Perco quando estou fazendo atividades físicas	☐																							
Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo	☐																							
Perco sem razão óbvia	☐																							
Perco o tempo todo	☐																							

“Obrigado por você ter respondido às questões”

Figura - Versão em português do ICIQ-SF.

APENDICE G - ARTIGO PUBLICADO PELA RAMB

From: cvseerranojr@gmail.com

To: danisprado77@gmail.com

CC:

Subject: Revista da Associação Médica Brasileira - Decision on Manuscript ID RAMB-2017-0047.R1

Body: 20-May-2017

Dear Dr. Prado:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "Practices and obstetric interventions in women from a state in the Northeast of Brazil" in its current form for publication in the Revista da Associação Médica Brasileira. The comments of the reviewer(s) who reviewed your manuscript are included at the foot of this letter.

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of the Revista da Associação Médica Brasileira, we look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,
Dr. Carlos Serrano Jr
Editor-in-Chief, Revista da Associação Médica Brasileira
cvseerranojr@gmail.com

Associate Editor
Comments to the Author:
No more comments

ORIGINAL ARTICLE

Practices and obstetric interventions in women from a state in the Northeast of Brazil

DANIELA SIQUEIRA PRADO^{1*}, ROSEMAR BARBOSA MENDES², ROSANA QUEIROZ GURGEL³, IKARO DANIEL DE CARVALHO BARRETO⁴,
FELIPA DAIANA BEZERRA⁵, ROSANA CIPOLOTTI¹, RICARDO QUEIROZ GURGEL¹

¹MD, Professor, Department of Medicine, Universidade Federal de Sergipe (UFS), São Cristóvão, SE, Brazil

²Professor, Nursing Department, UFS, São Cristóvão, SE, Brazil

³Professor, Nursing Department, Universidade Tiradentes, Itabiana, SE, Brazil

⁴PhD Student, Biometry and Applied Statistics Graduate Program, Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife, PE, Brazil

⁵Nurse, Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, Aracaju, SE, Brazil

SUMMARY

Objective: To describe practices and interventions used during labor and childbirth and factors associated with such practices in puerperae in the state of Sergipe.

Method: A cross-sectional study with 768 postpartum women from 11 maternity hospitals interviewed 6 hours after delivery, and hospital records review. The associations between best practices and interventions used during labor and delivery with exposure variables were described using simple frequencies, percentages, crude and adjusted odds ratio (ORa) with the confidence interval.

Results: Of the women in the study, 10.6% received food and 27.8% moved during labor; non-pharmacological methods for pain relief were performed in 26.1%; a partogram was filled in 39.4% of the charts; and an accompanying person was present in 40.6% of deliveries. Oxytocin, amniotomy and labor analgesia were used in 59.1%, 49.3% and 4.2% of women, respectively. Lithotomy position during childbirth was used in 95.2% of the cases, episiotomy in 43.9% and Kristeller maneuver in 31.7%. The variables most associated with cesarean section were private financing (ORa=4.27, 95CI 2.44-7.47), higher levels of education (ORa=4.54, 95CI 2.56-8.3) and high obstetric risk (ORa=1.9, 95CI 1.31-2.74). Women whose delivery was funded privately were more likely to have an accompanying person present (ORa=2.12, 95CI 1.18-3.79) and to undergo labor analgesia (ORa=4.96, 95CI 1.7-14.5).

Conclusion: Best practices are poorly performed and unnecessary interventions are frequent. The factors most associated with c-section were private funding, greater length of education and high obstetric risk.

Keywords: maternal and child health, labor, obstetric, delivery, parturition, episiotomy, cesarean section.

Study conducted at Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brazil

Article received: 5/9/2017
Accepted for publication: 5/20/2017

***Correspondence:**

Address: Rua Cláudio Batista, s/n
Aracaju, SE – Brazil
Postal code: 49060-108
daniisprado77@gmail.com

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

<http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.63.12.1039>

INTRODUCTION

The model for parturition care in Brazil until the mid-twentieth century was one that relied mostly on home care, which was provided mainly by female accoucheuses and midwives. Since then, there has been a process of hospitalization and medicalization of delivery with a large increase in the rates of interventions such as episiotomy, use of oxytocin and cesarean section.^{1,2} The trend towards an increase in the number of cesarean sections is observed worldwide – except for the Netherlands and other European countries, where it is minor – with Brazil as a leader.³

Two decades ago, the World Health Organization (WHO) published the report “Safe Motherhood” with recommendations on appropriate obstetric practices and those to be avoided.⁴ Evidence based on systematic reviews suggests that ambulating and staying in upright positions during the first period of labor reduces the duration of labor, the risk of cesarean section and the use of analgesia, while not posing risks to the mother or the newborn.⁵ There is no justification for restricting liquids or foods during labor for women at low risk of complications.⁶ Likewise, there is no evidence to support routine amni-

otomy, since this does not reduce the duration of labor or the cesarean section rate.⁷ The presence of a support person (doula) during labor is associated with reduction in the use of analgesia, lower rate of operative delivery and greater maternal satisfaction.⁸ If their presence is not possible, women should be encouraged to choose an accompanying person (relative or friend).⁹ Performing selective episiotomy is associated with less posterior perineal trauma, less need for suturing and fewer complications, with no difference in pain intensity and severe vaginal or perineal trauma when compared to routine episiotomy.¹⁰ The Kristeller maneuver, albeit safe for the fetus, increases the risk of vaginal and cervical laceration and should thus be avoided.¹¹

In order to improve prenatal care and delivery and adapt obstetric practices to current recommendations, the Brazilian Ministry of Health has been adopting several public policies: the National Prenatal and Birth Program (PHPN) by means of the Ordinance GM No. 569, of June 1, 2000;¹² the guarantee of right to an accompanying person during labor, childbirth and immediate puerperium (Law 11,108, of April 7, 2005)¹³ and the so-called Stork Network (Rede Cegonha, Ordinance No. 1459, of June 24, 2011), which reinforces and expands on the PHPN proposal,¹⁴ as well as the definition of the National Directive for Normal Labor Care issued by the National Technology Incorporation Commission (CONITEC) of the Unified Health System (SUS, in the Portuguese acronym) (CONITEC- SUS, 2016).²

Data from the "Birth in Brazil" (Nascer no Brasil) study showed that the prevalence of good practices in conducting labor was lower in the North and Northeast regions.¹⁵ The state of Sergipe is the smallest in Brazil, located in the Northeast region. In 2014, 34,369 live births and a maternal mortality rate of 61/100,000 live births (DATASUS, the SUS Department of Informatics)¹⁶ were recorded, well above that which is considered acceptable by the WHO, namely up to 20/100,000. There is no study with a representative sample at the state level evaluating the use of "good practices" and interventions in childbirth. The purpose of this study was to describe adequate practices used during labor/delivery (feeding, movement, use of non-pharmacological methods for pain relief, monitoring of labor using partogram and the presence of an accompanying person during labor) and interventions aimed at women (use of oxytocin, amniotomy, analgesia, episiotomy, Kristeller maneuver, lithotomy delivery, and cesarean section). It also aimed at investigating factors associated with such practices in puerperae at 11 maternity hospitals in the state of Sergipe.

METHOD

This is a cross-sectional study extracted from the "Birth in Sergipe" (Nascer em Sergipe), a cohort study conducted between June 2015 and April 2016. The local team was trained by investigators from Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), who participated in the national study, to evaluate a sample representative of the state of Sergipe. The method used in the "Birth in Brazil"¹⁷ study was reproduced. Public, private and mixed maternities that had more than 500 births per year were included.

Sample size was calculated considering a cesarean section rate of 38% (DATASUS, 2011),¹⁶ totaling 358 women to be interviewed. This figure was calculated as an estimate of cesarean section prevalence considering all institutions with 500 or more births in the state of Sergipe, with a 95% confidence interval. To increase the power of the study and evaluate associations with other variables, we doubled the sample to 768 puerperae and their conceptuses. An allocation proportional to the size of the institution was adopted for distributing the calculated sample size.

The interviewers stayed at least 7 days at each institution. If the number of puerperae was reached before the end of that period, a random number limiting the maximum daily number of interviewees would be drawn up so as to ensure that all 7 scheduled days were reached. We included all randomly selected women who had been admitted to chosen maternities at the time of delivery and their conceptuses, alive or dead, with birth weight greater than or equal to 500 g and/or gestational age greater than or equal to 22 weeks, provided they accepted to participate in the study and sign a Voluntary and Informed Consent Form (VICF). We excluded the women who could not speak and/or understand Portuguese or who could not be reached by telephone between 45-60 days and 6 to 8 months postpartum. No puerpera that was considered eligible refused to participate. There were two eligible patients who were lost due to complications in the immediate puerperium and progressed to death.

Face-to-face interviews with the puerperae were carried out between 6 and 24 hours after delivery. Data was extracted from woman's and newborn's records after discharge (or death). In the case of prolonged hospital stay, data was extracted 42 days after admission to hospital and 28 days after the newborn's birth. Their prenatal cards were photographed, and the information were entered into the database. Follow-up phone interviews were conducted at 45-60 days and 6 to 8 months after delivery to investigate maternal and neonatal complications in the short and medium terms.

The (independent) exposure variables studied were the source of financing: public (SUS system) or private (private or granted by health insurance companies); locality: capital or countryside; age (10 to 19; 20 to 34; > 35); number of years of formal education (7 or less; 8-10; 11 or more); self-reported skin color (white or non-white); number of previous deliveries (0; 1-2; 3 or more); and usual or high obstetric risk (gestational diabetes, gestational or pre-gestational high blood pressure, obesity, AIDS, gestational age lesser than 37 weeks or greater than 41 weeks at the time of birth, multiple pregnancy, non-cephalic presentations, birth weight less than 2,500 g or greater than 4,499 g and below the fifth-percentile or above the ninety-fifth percentile of weight for gestational age). It was used the same risk classification as the one adopted in the "Birth in Brazil" study.¹⁸

The outcomes evaluated (dependent variables) were "good practices" and obstetric interventions during labor/delivery. The good practices during labor/delivery investigated were: feeding, movement during labor, use of non-pharmacological procedures for pain relief, use of partogram and presence of an accompanying person, whereas interventions during labor/delivery were: use of oxytocin, amniotomy, epidural analgesia, elective or intrapartum cesarean section (i.e. in patients who went into labor), episiotomy, use of the Kristeller maneuver, and delivery in the lithotomy position.

For statistical analysis, the associations between good practices and interventions used during labor and delivery with exposure variables were described by simple frequencies, percentages, crude odds ratios, as well as their confidence interval. In the multivariate analysis, odds ratios were adjusted by using a generalized linear model with Bernoulli distribution (logistic regression) with robust standard errors. Occasionally, odds ratios could not be calculated due to the presence of null crossings between variables (separation problems).¹⁹

The project was approved by the Ethics Committee for Research involving human beings at the Universidade Federal de Sergipe, CAAE: 22488213.4.0000.5546. The participants' identity and rights have been preserved. This research project follows the recommendations of Normative 196/96 pursuant to Resolution No. 466/2012, which has replaced Resolution No. 196, of October 10, 1996, of the National Health Council of the Ministry of Health (Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde), Brasília, DF, Brazil. The puerperae signed a VICF, having a guaranteed right to terminate participation at any moment, without suffering any damage.

RESULTS

The participants' mean age was 25 years: 21.4% were adolescents and 7.3% were aged 35 years or more. Brown skin was the most frequently self-reported skin color (75.1%), with yellow and indigenous skin colors corresponding to 3% and 0.4%, respectively. With regard to education, 48.7% had 7 or less years of formal education and 33.2% had 8-10 years. Most participants performed no paid work (55.5%) and lived with their partner (84.3%). Regarding parity, 43.2% were primiparous and 17.1% had three or more previous pregnancies. Delivery was normal in 59.4% and cesarean section was performed in 40.46% of cases. According to the type of financing involved, the cesarean section rate was 35% at public health care services and 75% at private ones.

Feeding and movement during labor, use of non-pharmacological measures for pain relief, use of partogram for labor monitoring, use of oxytocin, epidural analgesia and intrapartum cesarean section were evaluated in the 566 (73.6%) patients who went into labor. As far as interventions at delivery, episiotomy, Kristeller maneuver and delivery in the lithotomy position were evaluated in the 456 (59.4%) patients who had normal delivery. The presence of an accompanying person during delivery and elective cesarean section were evaluated among all patients in the study. Amniotomy was evaluated in 389 patients who went into labor, and those who had premature rupture of membranes before admission were excluded.

In 10.6% of cases, women were given food and 27.8% moved during labor; non-pharmacological measures for pain relief were taken in 26.1%; the partogram was filled out in 39.4% of medical records; and the accompanying person was present in 40.6% of deliveries. With respect to interventions, oxytocin was used in 59.1% and amniotomy in 49.3% of cases. Labor analgesia was provided to 4.2% of women. Delivery occurred in the traditional lithotomy position in 95.2% of cases; episiotomy was performed in 43.9% and Kristeller maneuver, in 31.7%. Among the patients who went into labor, 14.3% required resolution by cesarean section, whereas 26.3% of women participating in the study had elective cesarean section. Most deliveries (75%) were performed by a medical obstetrician and 17% by a nurse obstetrician.

The associations between independent (sociodemographic) variables and the outcomes assessed: "good practices" and interventions during labor and delivery can be observed, respectively, in Tables 1, 2 and 3. After adjusting for confounding variables, we found that having a privately funded birth was associated to greater likelihood of having an accompanying person during labor (ORa=2.12;

95CI 1.18-3.79) (Table 1), use of analgesia (ORa=4.96; 95CI 1.7-14.5) (Table 2), indication of intrapartum cesarean section (ORa=5.89; 95CI 3.11-11.1); or elective cesarean section (ORa=4.27; 95CI 2.44-7.47) (Table 3) and less chance of using oxytocin (ORa=0.23; 95CI 0.1-0.52) (Table 2). Patients in the countryside are more likely to eat (ORa=2.85; 95CI 1.5-5) and to have their labor monitored by a partogram (ORa=4.34; 95CI 3-6.6) (Table 1), but were also the ones who underwent Kristeller maneuver more often (ORa=1.7; 95CI 1.1-2.6) (Table 3), whereas those in the capital were the most likely to have the presence of an accompanying person during labor (ORa=5.76; 95CI 3.86-8.58) (Table 1), be given oxytocin (ORa=4.17; 95CI 2.8-6.21) and labor analgesia (ORa=7.38; 95CI 1.65-33.1) (Table 2). Regarding age, women between 10 and 34 years of age underwent a greater number of non-pharmacological procedures for pain relief (ORa=3.12; 95CI 1.14-8.51) (Table 1) whereas in those aged between 10 and 19 years a larger number of lithotomy deliveries (ORa=16.28; 95CI 1.75-151) was performed compared with those aged 35 years or older (Table 3). As for schooling, those who had 11 or more years of formal education reported the presence of an accompanying person during delivery more frequently than those who had up to seven years of education (ORa=3.12; 95CI 1.6-5.88) (Table 1), as well as more elective c-sections (ORa=4.54; 95CI 2.56-16.6) (Table 3). Women with one or two previous deliveries reported more frequently having an accompanying person during labor than those with three or more previous deliveries (ORa=1.88; 95CI 1.2-2.7) (Table 1). They also underwent Kristeller maneuvers less often than those with three or more previous deliveries (ORa=0.52; 95CI 0.34-0.81), whereas these, in turn, were at a higher risk of episiotomy than those with one to two previous deliveries (ORa=1.7; 95CI 1.16-2.77) (Table 3). Finally, pregnant women classified as being at a high risk stood a higher chance of eating during labor (ORa=2.38; 95CI 1.36-4.16); recorded more deliveries monitored by a partogram (ORa=2.22; 95CI 1.46-3.39) (Table 1) and had a higher number of intrapartum (ORa=2.24; 95CI 1.44-3.47) and elective (ORa=1.9; 95CI 1.31-2.74) c-sections than did pregnant women at low-risk (Table 3).

DISCUSSION

Periodic reviews of practices used in obstetric care should be conducted to verify whether the recommendations of reviews and international⁹ and national² guidelines are being followed.

The so-called "good practices" recommended for conducting labor were used in less than 30% of women in the state of Sergipe, whereas interventions that should not

be used due to lacking evidence that supported the need thereof and/or due to proven damage such as the use of oxytocin, amniotomy, episiotomy, Kristeller maneuver (which is strongly discouraged) and lithotomy delivery² were very frequently performed. This result is similar to that found by the "Birth in Brazil" study, which detected that good practices are used in less than 50% of deliveries and interventions such as Kristeller maneuver (37%) and episiotomy (56%) are still widely practiced.¹⁵

In the state of Sergipe, as much as in Brazil, there is great diversity in the care of patients in the public health care system when compared to the private system. Women receiving care in the private health care system had more comfortable deliveries, with a more frequent use of analgesia and a less frequent use of oxytocin. In addition, they had the presence of accompanying persons more frequently, unlike those receiving care in the public health care system, who received oxytocin more often as well as less analgesia, characterizing the practice of medicalized and painful deliveries. However, the indications of cesarean section, either electively or during labor, were more frequent in women receiving care at the private health care system, from the capital city of Sergipe, with greater lengths of formal education and at a high obstetric risk. A Spanish study has shown that patients from the private health care system and private hospitals with fewer births are more likely to undergo cesarean section and invasive procedures such as episiotomy or instrumental vaginal delivery.²⁰ Another study evaluated the role played by the source of payment in increasing cesarean section rates in Brazil between 1998 and 2008 and showed that private payment was associated with higher cesarean rates, as well as an older age, greater length of formal education and residing outside the Northeast region.²¹

A national survey carried out in Brazil in 2010 also showed a higher frequency of cesarean delivery among older women and those with greater lengths of formal education, primiparous, whose prenatal care was provided by the private health care system and residing in the South, Southeast and Midwest²² regions. A study published in 2014 shows a change in this geographical pattern, with the frequency of cesarean sections being higher in the North and lower in the Southeast regions, despite the fact that the latter has the highest coverage by health insurance companies in Brazil. This may indicate the beginning of a change due to the movements in favor of humanized delivery and greater access to evidence-based information on good obstetric practices.¹⁵

We can attribute the reasons for a higher frequency of cesarean sections among women receiving care in the pri-

TABLE 1 Crude (OR) and adjusted odds ratios (ORa) for sociodemographic determinants of good practices during labor and delivery in women in the state of Sergipe, 2015.

	Eating allowed OR (95CI)	Non-pharmacological procedures Pain relief OR (95CI)	Moving freely OR (95CI)	Partogram OR (95CI)	Accompanying per- son during labor OR (95CI)
Funding source					
Private	0.19 (0.03-1.43)	0.54 (0.24-1.25)	0.59 (0.27-1.30)	0.61 (0.26-1.41)	6.66 (4.09-10.8)
Public	1	1	1	1	1
Location					
State capital	0.42 (0.24-0.74)	0.96 (0.66-1.40)	0.75 (0.51-1.09)	0.26 (0.18-0.38)	7.01 (4.87-10.1)
Countryside	1	1	1	1	1
Age					
10 to 19	1.03 (0.35-3.00)	3.12 (1.14-8.51)	1.03 (0.49-2.17)	0.76 (0.36-1.62)	0.83 (0.46-1.52)
20 to 34	0.90 (0.34-2.43)	3.00 (1.15-7.81)	0.91 (0.46-1.81)	0.87 (0.43-1.75)	0.94 (0.55-1.62)
> 35	1	1	1	1	1
Years of education					
0 to 7 years	1.48 (0.43-5.07)	1.19 (0.56-2.55)	1.14 (0.55-2.40)	0.95 (0.46-1.96)	0.17 (0.10-0.29)
8 to 10 years	1.34 (0.38-4.71)	0.84 (0.38-1.83)	0.78 (0.36-1.68)	0.75 (0.36-1.59)	0.28 (0.17-0.46)
> 11 years	1	1	1	1	1
Skin color					
White	1.75 (0.88-3.48)	1.18 (0.69-2.02)	1.24 (0.73-2.09)	1.34 (0.79-2.27)	1.07 (0.66-1.57)
Non-white	1	1	1	1	1
Parity					
0	0.71 (0.16-3.16)	0.91 (0.34-2.40)	0.63 (0.22-1.75)	1.22 (0.48-3.14)	0.86 (0.42-1.80)
1 to 2	0.63 (0.35-1.14)	0.67 (0.45-1.01)	0.62 (0.42-0.93)	1.04 (0.71-1.52)	0.70 (0.51-0.96)
> 3	1	1	1	1	1
Obstetric risk					
Usual (low risk)	1	1	1	1	1
Unusual (high risk)	1.89 (1.09-3.29)	1.02 (0.68-1.54)	1.01 (0.67-1.51)	1.65 (1.11-2.44)	0.84 (0.60-1.16)
	ORa (95CI)	ORa (95CI)		ORa (95CI)	ORa (95CI)
Funding source					
Private					2.12 (1.18-3.79)
Public					1
Location					
State capital	0.35 (0.20-0.63)			0.23 (0.15-0.33)	5.76 (3.86-8.58)
Countryside	1			1	1
Age					
10 to 19		3.12 (1.14-8.51)			
20 to 34		3.00 (1.15-7.81)			
> 35		1			
Years of education					
0 to 7 years					0.32 (0.17-0.61)
8 to 10 years					0.42 (0.23-0.77)
> 11 years					1
Parity					
0					0.66 (0.29-1.50)
1 to 2					0.53 (0.36-0.78)
> 3					1
Obstetric risk					
Usual (low risk)	1			1	
Unusual (high risk)	2.38 (1.36-4.16)			2.22 (1.46-3.39)	

OR: crude odds ratio; ORa: adjusted odds ratio; 95CI: 95% confidence interval.

TABLE 3 Crude (OR) and adjusted odds ratios (ORa) for sociodemographic determinants of interventions during delivery in women in the state of Sergipe, 2015.

	Kristeller OR (95CI)	Lithotomy OR (95CI)	Episiotomy OR (95CI)	C Intrapartum OR (95CI)	C Elective OR (95CI)
Age					
10 to 19	1.50 (0.66-3.44)	16.28 (1.75-151)	2.98 (1.15-7.68)	0.40 (0.18-0.89)	0.37 (0.20-0.70)
20 to 34	0.92 (0.42-2.01)	2.30 (0.73-7.31)	2.17 (0.89-5.32)	0.68 (0.34-1.35)	0.74 (0.44-1.24)
> 35	1	1	1	1	1
Years of education					
0 to 7 years	0.56 (0.25-1.28)	2.88 (0.75-11.1)	0.76 (0.32-1.85)	0.32 (0.16-0.64)	0.13 (0.08-0.22)
8 to 10 years	0.69 (0.30-1.61)	2.67 (0.66-10.8)	1.21 (0.51-3.12)	0.52 (0.26-1.05)	0.28 (0.17-0.44)
> 11 years	1	1	1	1	1
Skin color					
White	1.43 (0.80-2.54)	3.14 (0.41-23.7)	1.10 (0.60-2.00)	1.56 (0.89-2.72)	1.19 (0.77-1.87)
Non-white	1	1	1	1	1
Parity					
0	1.54 (0.58-4.13)	0.91 (0.11-7.37)	2.64 (0.80-8.69)	1.74 (0.66-4.63)	1.79 (0.89-3.61)
1 to 2	0.51 (0.33-0.79)	1.37 (0.54-3.48)	0.56 (0.36-0.86)	1.42 (0.93-2.19)	1.05 (0.75-1.46)
> 3	1	1	1	1	1
Obstetric risk					
Usual (low risk)	1	1	1	1	1
Unusual (high risk)	0.67 (0.42-1.06)	1.37 (0.50-3.80)	0.73 (0.46-1.15)	2.09 (1.36-3.20)	1.46 (1.05-2.04)
	ORa (95CI)	ORa (95CI)	ORa (95CI)	ORa (95CI)	ORa (95CI)
Funding source					
Private				5.89 (3.11-11.1)	4.27 (2.44-7.47)
Public				1	1
Location					
State Capital	0.57 (0.38-0.85)				0.53 (0.36-0.80)
Countryside	1				1
Age					
10 to 19		16.28 (1.75-151)			
20 to 34		2.30 (0.73-7.31)			
> 35		1			
Years of education					
0 to 7 years					0.22 (0.12-0.39)
8 to 10 years					0.43 (0.25-0.73)
> 11 years					1
Parity					
0	1.48 (0.54-4.05)		2.64 (0.80-8.69)		
1 to 2	0.52 (0.34-0.81)		0.56 (0.36-0.86)		
> 3	1		1		
Obstetric risk					
Usual (low risk)				1	1
Unusual (high risk)				2.24 (1.44-3.47)	1.90 (1.31-2.74)

OR: crude odds ratio; ORa: adjusted odds ratio; 95CI: 95% confidence interval.

vate system and with greater lengths of formal education to maternal choice, since many times the procedure is performed without a medical indication.²³ However, a study conducted in Brazil with 1,136 women showed that 70 to 80% of pregnant women in both health systems (public and private) reported their preference at the beginning of prenatal care for vaginal delivery, which implies that high rates of cesarean sections do not seem to reflect a maternal option.²⁴

Labor analgesia is a resource that can minimize the fear of pain that some women have and reduce the indication for cesarean section at the request of the pregnant woman. The National Directive for Normal Labor Care recommends that the patient receive guidance during her prenatal care about the potential risks related to analgesia, namely a longer duration of the second period of delivery and a greater chance of instrumental vaginal delivery. The maternal request would be sufficient and an indication for it to be performed, irrespective of the stage of labor and the degree of dilation.² A randomized study with patients receiving regional analgesia versus non-pharmacological measures for pain relief showed a greater reduction in pain scores and satisfaction with the analgesic technique and delivery in the group that was given regional analgesia.²⁵ The percentage of patients receiving analgesia in our study was higher in parturients in the private health care system, despite it being a universal right. The large numbers of births, small number of anesthesiologists and procedure rooms in public institutions can justify such inequality.

The current legislation in Brazil determines that health care services allow the presence of an accompanying person, someone to be indicated by the parturient, during labor, delivery and immediate postpartum.¹³ The presence of an accompanying person is correlated to the minimization of feelings of loneliness and pain, which allows for a positive parturition experience.²⁶ However, despite its benefits and legal support, we observe that it does not occur on a regular and systematic basis. In our study, the accompanying person was present only in 40.6% of deliveries, more frequently with women receiving care in the private health care system, in the capital, with a higher education level and lower parity. Data from the "Birth in Brazil" study allowed for finding similar results as independent predictors of having no accompanying person: lower income and education, brown skin color, being a user of the public health care system, multiparity and vaginal delivery.²⁶ This demonstrates the need to raise awareness about this right and its importance by professionals providing prenatal care in the public health care system, in order for all parturients to benefit from it.

Although there is evidence that the routine use of episiotomy does not present short- or long-term benefits for parturients when compared to its restrictive use,^{2,10} the frequency of this intervention was 40.6%, well above the 10% recommended by the WHO⁴, and more frequent among younger women. The frequency of episiotomy in primiparous women was 71.4%, but, given their small number, there was no significance following variable adjustment. A cross-sectional study carried out in Spain with 12,093 women also showed an episiotomy rate as high as 50%. The variables that presented a significant association were primiparity (RR=2.98), gestational age greater than 41 weeks (RR=1.2), induced labor (RR=1.33), analgesia (RR=1.95), use of oxytocin (RR=1.58), delivery in the lithotomy position (RR=6.4) and instrumental delivery (RR=1.84).²⁷

In a teaching-maternity hospital in Recife, in Brazil's northeast, where the adoption of good practices is systematic, there was a reduction in episiotomy rates from 29% in 2010²⁸ to 10% in 2014.²⁹ A case-control study undertaken at this institution showed that the factors most frequently associated with this procedure were physician-assisted births, primiparity, and instrumental births.²⁹ We may thus conclude that continued medical education, inclusion of the nursing staff in childbirth care, adoption of good practices, and reduction of interventions during labor and delivery result in a reduced number of episiotomies being performed.

There is insufficient evidence to support the routine use of a partogram to manage labor.^{9,30} However, considering that some studies have shown benefits from using them, particularly at institutions with fewer resources,³⁰ the National Directive for Normal Labor Care recommends using the model with a 4h-action line routine.² In our study, the more frequent use of a partogram and eating being allowed during labor among women with high-risk pregnancies can be explained by the fact that there is only a single high-risk maternity hospital in the state of Sergipe, which also serves as a center for medical residency and obstetric nursing services, where good care practices are more frequent.

A qualitative, exploratory and descriptive study carried out at a maternity hospital in southern Brazil showed that some practices that are detrimental to the patients' health are still used by professionals who perpetuate previously learned, inadequate models. Such models are expected to make the moment of delivery easier, but without evidence-based justifications for adopting them.³¹

Because this is a cross-sectional study, we could not conduct a time-trend analysis. Nevertheless, since it included a representative number of patients from the

entire state, this is an adequate overview of what happens in Sergipe. Studies that can prospectively evaluate pregnant women during pregnancy until delivery could be more elucidative. Those who can assess the motivations of the agents involved can also identify the reasons for the disparities in care.

In conclusion, in the state of Sergipe, the factors most frequently associated with cesarean section were receiving care in the private health care system, having a greater length of education and having a high-risk pregnancy. Patients in the public health care system and with a lower education level have less access to labor analgesia and to the presence of an accompanying person. It is observed that obstetrical good practices are not universally used and unnecessary interventions, which are still frequent, should be discouraged.

Changes in paradigms, in general, occur gradually. Obstetric care in Brazil remains, in several places, based on "tradition". The importance of encouraging the adoption of scientific, evidence-based protocols in all maternity hospitals, continuing medical education and conducting audit of health care services becomes clear. Accordingly, we suggest that studies evaluating the satisfaction degree of puerperal women with the care received be conducted, comparing different practices that may serve as a stimulus for implementing the necessary changes in behavior.

ACKNOWLEDGMENTS

To Dr. Maria do Carmo Leal, coordinator of the Projeto Nascer in Brazil, for her consent to carry out this study with a methodology that was already tested in a national field study. To teachers Barbara Vasques da Silva Ayres and Silvana Granado Nogueira da Gama, who trained the local study team; to the managers of the institutions involved in the study; to the academics who worked as interviewers; and to the participating mothers, who made this study possible.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare no conflict of interest.

RESUMO

Práticas e intervenções obstétricas em mulheres de um estado do Nordeste brasileiro

Objetivo: Descrever as práticas e intervenções utilizadas durante o trabalho de parto e o parto e fatores associados em puérperas do estado de Sergipe.

Método: Estudo transversal com 768 puérperas das 11 maternidades do estado com entrevista após 6h do parto e dados do prontuário da puérpera e dos recém-nascidos. As associações entre as boas práticas e intervenções utilizadas durante o trabalho de parto e o parto com as variáveis de exposição foram descritas em frequências simples, percentuais, razões de chances brutas e ajustadas (ORA) com o intervalo de confiança.

Resultados: Das mulheres estudadas, 10,6% receberam alimentos e 27,8% movimentaram-se durante o trabalho de parto; medidas não farmacológicas para alívio da dor foram realizadas em 26,1%; o partograma estava preenchido em 39,4% dos prontuários; o acompanhante esteve presente em 40,6% dos partos. O uso de ocitocina, amniotomia e analgesia ocorreram em 59,1%, 49,3% e 4,2% das mulheres, respectivamente. O parto ocorreu na posição de litotomia em 95,2% dos casos, houve episiotomia em 43,9% e manobra de Kristeller em 31,7%. Os fatores mais associados à cesariana foram ser usuárias do setor privado de saúde (ORA=4,27; 95CI 2,44-7,47), ter maior escolaridade (ORA=4,54; 95CI 2,56-8,3) e alto risco obstétrico (ORA=1,9; 95CI 1,31-2,74). Usuárias do setor privado tiveram maior presença do acompanhante (ORA=2,12; 95CI 1,18-3,79) e analgesia (ORA=4,96; 95CI 1,7-14,5).

Conclusão: Boas práticas obstétricas são pouco utilizadas e intervenções desnecessárias são frequentes, e os fatores mais associados à cesariana foram ser usuária do setor privado de saúde, ter maior escolaridade e alto risco obstétrico.

Palavras-chave: saúde materno-infantil, trabalho de parto, parto obstétrico, episiotomia, cesárea.

REFERENCES

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; 2011.
2. CONITEC. Diretriz Nacional de assistência ao parto normal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. p. 1-381. Available from: <http://conitec.gov.br>.
3. He Z, Cheng Z, Wu T, Zhou Y, Chen J, Fu Q, et al. The costs and their determinant of cesarean section and vaginal delivery: an exploratory study in Chongqing municipality, China. *Biomed Res Int*. 2016; 2016:5685261.
4. Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. *Birth*. 1996; 24(2):121-3.
5. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (8):CD003934.
6. Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; (1):CD003930.
7. Smyth R, Alldred SK, Markham C. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; (4):CD006167.
8. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; (3):CD003766.

9. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based labor and delivery management. *Am J Obstet Gynecol*. 2008; 199(5):445-54.
10. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; (1):CD000081.
11. Acmaz G, Albayrak E, Oner G, Baser M, Aykut G, Tekin GT, et al. The effect of Kristeller maneuver on maternal and neonatal outcome. *Arch Clin Exp Surg*. 2015; 4(1):29-35.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 569/GM, de 1o de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, seção 1, p. 4. Brasília, Distrito Federal; 2000.
13. Brasil. Lei no 11.108 de 07, de abril de 2005. Altera a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, para garantia às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, número 67, seção 1:1. Brasília, Distrito Federal; 2005.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
15. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(Suppl. 1):S17-47.
16. Ministério da Saúde [internet]. Secretaria executiva. Datasus. Informações de saúde (TABNET). Estatísticas vitais [cited 2016 Dec]. Available from: <http://datasus.saude.gov.br>.
17. Vasconcellos MTL, Silva PLN, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Junior PRB, Szwarcwald CL. Sampling design for the Birth in Brazil: National Survey into Labor and Birth. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(Suppl. 1):S49-58.
18. Dahlen HG, Tracy S, Tracy M, Bisits A, Brown C, Thornton C. Rates of obstetric intervention and associated perinatal mortality and morbidity among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW (2000-2008): a linked data population-based cohort study. *BMJ Open*. 2014; 4(5):e004551.
19. Barreto IDC, Russo SL, Brasil GH, Simon VH. Separation phenomena logistic regression. *GEINTEC*. 2014; 4(1):716-28.
20. Escuriet R, Pueyo M, Biescas H, Colls C, Espiga I, White J, et al. Obstetric interventions in two groups of hospitals in Catalonia: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014; 14:143.
21. Hopkins K, Lima Amaral EF, Mourão AN. The impact of payment source and hospital type on rising cesarean section rates in Brazil, 1998 to 2008. *Birth*. 2014; 41(2):169-77.
22. Rebelo F, Rocha CM, Cortes TR, Dutra CL, Kac G. High cesarean prevalence in a national population-based study in Brazil: the role of private practice. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010; 89(7):903-8.
23. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Theme Filha MM, et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet*. 2008; 13(5):1521-34.
24. Potter JE, Berquó E, Perpétuo IH, Leal OF, Hopkins K, Souza MR, et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ*. 2001; 323(7322):1155-8.
25. Orange FA, Passini-Jr R, Melo AS, Katz L, Coutinho IC, Amorim MM. Combined spinal-epidural anesthesia and non-pharmacological methods of pain relief during normal childbirth and maternal satisfaction: a randomized clinical trial. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2012; 58(1):112-7.
26. Diniz CSG, D'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, et al. Implementation of the presence of companions during hospital admission for childbirth: data from the Birth in Brazil national survey. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(Suppl. 1):S140-53.
27. Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer-de-Pedro M, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016; 24:e2793.
28. Carvalho CCM, Souza ASR, Moraes Filho OB. Prevalence and factors associated with practice of episiotomy at a maternity school in Recife, Pernambuco, Brazil. *Rev Assoc Med Bras*. 2010; 56(3):333-9.
29. Braga GC, Clementino STP, Luz PFN, Scavuzzi A, Noronha Neto C, Amorim MMR. Risk factors for episiotomy: a case-control study. *Rev Assoc Med Bras*. 2014; 60(5):465-72.
30. Bedwell C, Levin K, Petr C, Lavender DT. A realist review of the partograph: when and how does it work for labour monitoring? *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17(1):31.
31. Carvalho VF, Kerber NPC, Busanello J, Gonçalves BG, Rodrigues EF, Azambuja EP. How the workers of a birthing center justify using harmful practices in natural childbirth. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(1):30-7.

APÊNDICE H- ARTIGO ACEITO PELA REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA DA USP

15-Mar-2018

Dear Prof. Prado:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "The influence of mode of delivery on neonatal and maternal short and long-term outcomes" in its current form for publication in the Revista de Saúde Pública.

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of the Revista de Saúde Pública, we look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,
Dr. José Leopoldo Ferreira Antunes
Editor-in-Chief, Revista de Saúde Pública
leopoldo@usp.br

The influence of mode of delivery on neonatal and maternal short and long-term outcomes**Daniela Siqueira Prado^a****Rosemar Barbosa Mendes^b****Rosana Queiroz Gurgel^c****Ikaro Daniel de Carvalho Barreto^d****Felipa Daiana Bezerra^e****Rosana Cipolotti^a****Ricardo Queiroz Gurgel^a**

^a Department of Medicine. Federal University of Sergipe, Aracaju, Brazil.

^b Department of Nursing. Federal University of Sergipe, Aracaju, Brazil.

^c Department of Nursing. Tiradentes University, Aracaju, Brazil.

^d Graduate Program of Biometry and Applied Statistics, Rural Federal University of Pernambuco, Recife, Brazil

^e Graduate Program of Health Sciences, Federal University of Sergipe, Aracaju, Brazil

Correspondence: Daniela Siqueira Prado, rua Cláudio Batista s/n, Cidade Nova. Aracaju-SE

Brazil CEP 49060-108

e- mail: danisprado77@gmail.com

[Phone number: 5579999313830](tel:5579999313830)

Abstract

Objective: to evaluate the impact of mode of delivery in breastfeeding incentive practices and in neonatal and maternal short and long-term complications.

Methods: A cohort study was conducted between June 2015 and April 2016 with 768 puerperal women from 11 maternity hospitals in Sergipe, interviewed in the first 24 hours, 45-60 days and 6-8 months after delivery. Associations between breastfeeding incentive practices, neonatal and maternal, both short term and late complications and the exposure variables were evaluated by the relative risk (95% IC) and the Fisher exact test.

Results: C-section newborns had less skin-to-skin contact immediately after delivery (intrapartum c-section: 0.18 95%CI 0.1, 0.31 and elective c-section: 0.36 95%CI 0.27, 0.47) and less breastfeeding within one hour of birth (intrapartum C-section: 0.43 95%CI 0.29, 0.63 and elective C-section: =0.44 95%CI 0.33, 0.59). Newborns from elective c-section were less frequently breastfed in the delivery room 0.42 (95%CI 0.2, 0.88) and roomed-in less (0.85 (95%CI 0.77, 0.95). Women submitted to intrapartum c-section had greater risk of early complications 1.3 (95%CI 1.04, 1.64; $p=0.037$) and sexual dysfunction 1.68 (95%CI 1.14, 2.48; $p=0.027$). There was no difference in the frequency of neonatal complications, urinary incontinence and depression according to the mode of delivery.

Conclusions: C-section was negatively associated with breastfeeding incentive practices; in addition, C-section after labor increased the risk of early maternal complications and sexual dysfunction.

Keywords: Caesarean delivery. Delivery, Obstetric. Breastfeeding. Postnatal depression. Sexual dysfunction. Urinary incontinence.

Introduction

The cesarean section (C-section) is the most frequently performed surgical procedure in reproductively aged women ¹. C-section rates are increasing worldwide ², and Brazil is among the leaders with 51.9% of Brazilian births using a C-section; this figure reaches 88% in the private health sector ³.

With rising C-section rates, researches have shown the dangers of this procedure to both the mother and the newborn. A prospective multicenter study with eight Latin American countries showed a higher rate of morbidity in women that opted for a C-section when compared to vaginal delivery on the following events: hysterectomy, length of hospital permanence, and use of antibiotic therapy. For the newborn, there was a minor decrease of the neonatal mortality rate in elective C-sections with cephalic presentations and a significant reduction with respect to those with pelvic presentation. However, C-sections were associated with a higher risk of hospitalization for over seven days in the neonatal ICU and neonatal death after discharge ⁴. Later in infancy, the C-section has been associated with a higher rate of asthma, allergic rhinitis, atopy, type 1 diabetes mellitus, and celiac disease ¹.

In contrast to the described findings, a Chinese cohort study found no difference between patients that underwent a vaginal delivery or a C-section per request with respect to maternal morbidity and C-section per request was associated with fewer newborn trauma in the moment of delivery, neonatal infection, hypoxic-ischemic encephalopathy, and meconium aspiration. In contrast, vaginal delivery has been associated with fewer neonatal respiratory disorders. The results for operatory vaginal delivery and intrapartum C-sections were worse than the ones for vaginal delivery and on-demand C-section ⁵.

The studies are controversial regarding sexual dysfunction, depression, and postpartum urinary incontinence. Some studies show a lower sexual satisfaction and higher frequencies of urinary incontinence and depression in women that had vaginal delivery when compared to C-section ⁶, while other studies show no difference ⁷⁻⁹.

Findings differ depending of the geographical location. A recent statement from the World Health Organization (WHO) reports that the effects of the C-section on outcomes beyond mortality (e.g., maternal and perinatal morbidity, pediatric

outcomes, social or psychological well-being) are unclear. Further studies are needed to understand the short- and long-term effects of the C-section procedure ¹⁰.

The epidemic of “unnecessary caesareans” is a global concern. The goal of this study was to evaluate the repercussions of the type of delivery on neonatal and maternal outcomes of puerperal women who attended the 11 maternity hospitals of a northeastern Brazilian state.

Materials and Methods

Design and settings

A cohort study was conducted between June 2015 and April 2016 at all maternity hospitals with more than 500 births/ year in the Brazilian state of Sergipe. The study method of “Birth in Brasil” was reproduced, and a local team was trained by researchers from the national study. ³

The sample calculation was made to provide an estimation of the prevalence of C-section in Sergipe, for institutions with over 500 births/ year with a 95% confidence interval, using the C-section rate of 38% (DATASUS, 2011), ¹¹ amounting to 358 women to be interviewed. Considering the possibility of losses in the follow-up, 768 puerperae were evaluated. A proportional allocation, according to each institution’s dimension, was adopted to distribute the sample size.

Each hospital had patients included for a minimum of seven days to complete a full working week. If the number of individuals were to be reached before this period, a random limited number of daily interviews was set so that the seven days period could be reached.

Study population

Patients were included in the study if the baby’s weigh was over 500g and/or the gestational age was higher than 22 weeks. The exclusion criteria were not speaking or understanding Portuguese as well as the impossibility of phone contact after delivery. There was no refusal to participate in the study by eligible puerperal women.

Data collection

Face-to-face interviews were carried out with the 768 puerperal women between 6 h and 24 h after delivery, and data were extracted from the woman's and the newborn's records after discharge (or death). In case of prolonged hospital

permanence, the data of puerperal women were extracted after 42 days of hospitalization and the newborn after 28 days.

Follow-up telephone interviews were conducted at 45-60 days to investigate early neonatal and maternal complications and at six to eight months postpartum to investigate sexual dysfunction, depression, and urinary incontinence through the application of three validated questionnaires in Brazil: The Female Sexual Function Index (FSFI) ¹²; the International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) ¹³, and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ¹⁴.

There was a loss of 210 (27.3%) patients for the phone calls during the 45-60-day period, and 450 (58%) were lost for the phone calls during the 6-8-month period.

Variables and definitions

The exposure variables studied included the following: type of delivery: vaginal, cesarean section after labor (intrapartum), and cesarean section without labor (elective); source of funding: public (by the Unified Health System) or private (by the patient or health care insurance); hospital with baby-friendly certification or not ¹⁵; and habitual obstetric risk or high risk (gestational diabetes, hypertension, obesity, acquired immunodeficiency syndrome, gestational age less than 37 weeks or greater than 41 weeks at birth, multiple pregnancy, non-cephalic presentations, birth weight less than 2500g or greater than 4499g, and below the fifth percentile or above the 95th percentile of weight per gestational age) ¹⁶.

The outcomes evaluated included the following: breastfeeding incentive practices (early skin-to-skin contact after delivery, breastfeeding in the delivery room, breastfeeding within one hour of birth and mother-infant rooming-in during hospitalization) ¹⁵; adverse neonatal outcome, including neonatal death (within the first 28 days of life), birth weight below 1500g, Apgar score at 5 minutes below seven, need for mechanical ventilation, and gestational age less than 32 weeks. Minor neonatal complications included transient tachypnea, meconium aspiration syndrome and hyaline membrane disease. Early maternal complications included fever, hemorrhage, need for blood transfusion, pain in the perineum or cesarean scar, and need for puerperal hysterectomy. Late maternal complications included sexual dysfunction (IFSF score lower than 26.5), urinary incontinence (qualified/quantified by the ICIQ-SF), and depression (EPDS score higher than 10).

Statistical analysis

For statistical analysis, associations between breastfeeding incentive practices, major and minor neonatal complications, and early and long term maternal complications with exposure variables were described by simple frequencies and percentages in addition to relative risk with 95% confidence intervals and Fisher's exact test for associations between categorical variables. The R Core Team 2017 software was used. A p value of < 0.05 was considered significant.

Ethical approval

The Ethics in Research Committee of the Federal University of Sergipe approved the protocol (CAAE: 22488213.4.0000.5546). All puerperal women signed a free and informed consent form with the guarantee of refusal at any moment.

Results

The average age of the participants was 25 years. As for education, 46.4% had seven or less years of study. The majority had no paid work (55.5%) and lived with their partner (84.3%). Regarding parity, 54.9% were multiparae. The type of delivery was vaginal in 59.4% and C-section in 40.46%. Regarding the type of financing, the C-section rate was 35% in public services and 75% in private services (Table 1).

Early skin-to-skin contact after delivery was found in 41%, breastfeeding in the delivery room was offered to 7.8% of newborns, 33.1% were breastfed in the first hour after delivery, and 75.1% roomed-in with their mothers during the entire hospitalization. Adverse neonatal outcome was demonstrated in 6% of the cases – 1.45% had neonatal deaths, 1.2% had weight $< 1500\text{g}$, 1.3% had Apgar score at the 5th minute < 7 , 3.2% had need for mechanical ventilation, and 2.1% had gestational age < 32 weeks. Minor neonatal complications were reported in 2.6% – transient tachypnea in 2%, hyaline membrane disease in 0.4%, and meconium aspiration syndrome in 0.4%. Early maternal complications occurred in 46.8%, and pain was the most frequent (46.1% in the perineum and 46.7% in the cesarean operative wound) followed by high fever (26.3%) and severe bleeding (15.5%). There was no need for transfusion or puerperal hysterectomy in the studied population. The frequency of sexual dysfunction, urinary incontinence, and postpartum depression was 36.4%, 11.8%, and 19.1%, respectively.

C-section newborns had less skin-to-skin contact with their mothers immediately after delivery (intrapartum C-section: RR0.18;95%CI0.1,0.31 and elective C-section: RR0.36;95%CI0.27,0.47) and were breastfed less within one hour of birth (intrapartum C-section: RR0.43;95%CI0.29,0.63 and elective C-section: RR0.44;95%CI0.33,0.59) when compared to newborns from vaginal delivery (Table 2). Newborns from elective C-section were breastfed less in the delivery room RR 0.42 (95%CI0.2,0.88), and they also roomed-in less RR 0.85 (95%CI0.77,0.95) when compared to vaginal delivery and intrapartum C-section (Table 2). In hospitals certified as baby-friendly, skin-to-skin contact (RR 1.51 95%CI1.27,1.8, $p<0.001$) and rooming in (RR 1.32,95%CI1.21,1.43, $p<0.001$) were more frequent (Table 2).

There was no difference in the frequency of adverse neonatal outcomes depending on the type of delivery (Table 3).

Women undergoing intrapartum C-section had a higher risk of early complications (RR1.3,95%CI1.04,1.64, $p=0.037$), more evident in the subgroup of high-risk public service puerperal women (RR 1.65,95%CI1.08,2.53, $p=0.042$) (Table 3)

Sexual dysfunction six to eight months after intrapartum C-section was more frequent when compared with vaginal delivery (RR1.68;95%CI1.14, 2.48; $p=0.027$) (Table 4), in the high-risk public service subgroup (RR2.19;95%CI1.27, 3.72; $p=0.029$) (Table 4). No difference was observed in the frequency of urinary incontinence and puerperal depression according to the type of delivery (Table 4).

Discussion

In the present study, neonatal and maternal outcomes were similar after elective cesarean section and vaginal delivery.

The definition of the safest and best delivery method is something that cannot yet be completely established. There is no evidence from randomized studies comparing vaginal delivery results in terms of cephalic fetuses versus cesarean section without medical indication ¹⁷.

A systematic review of 54 papers found that a large portion of the studies had low methodological quality that prevented robust conclusions. Among the more consistent results, C-section is linked with an increased risk of placenta previa in future pregnancies, greater maternal hospital permanence, neonatal respiratory morbidity (which decreases with increasing gestational age at which the surgery is

performed), and lower risk of hemorrhage and blood transfusion.¹⁸ A meta-analysis of maternal complications associated with cesarean section without medical indication indicated that women with cesarean section have a higher chance of maternal death (OR = 3.10, 95%CI 1.92–5.00) and postpartum infection (OR = 2.83, 95%CI, 1.58–5.06), but they have a lower chance of hemorrhage (OR = 0.52, 95%CI 0.48–0.57). Most of the studies included were with retrospective secondary data from large health systems databases or medical record review. No prospective study was included¹⁹.

The present study was conducted in the smallest Brazilian state (i.e., Sergipe), located in a socioeconomically less favored region in northeastern Brazil and showed a low frequency of practices to stimulate breastfeeding.

Skin-to-skin contact in the delivery room and breastfeeding within one hour of birth were less verified after cesarean section. Patients undergoing an elective cesarean section breastfed less in the delivery room; also, their newborns roomed-in less. A study conducted in the United States showed that less frequent breastfeeding practices were associated with more frequent discontinuation of breastfeeding before six weeks after delivery²⁰. A prospective Australian study also found that cesarean sections were associated with less frequent early skin-to-skin contact and breastfeeding within one hour after birth when compared to the vaginal route²¹.

There was no association between the type of delivery and severe adverse neonatal outcome or minor neonatal complications. Infants born by elective C-section had a higher percentage of minor complications, including transient tachypnea, but without statistical significance. A Danish cohort study reported a higher risk of respiratory morbidity in neonates after elective C-section at 37 weeks (OR3.9,95%CI2.4-6.5), which was attenuated at 39 weeks (OR1.9,95%CI1.2-3.0) when compared to vaginal delivery²². However, a control-case study performed in the southeastern of Brazil with 27,252 newborns found no association between C-section delivery and Apgar scores <7 at the 5th postpartum minute²³.

The most frequent maternal complication in this study was pain, which had a similar frequency after vaginal delivery or cesarean section. Although heavy puerperal bleeding was reported by 15.5% of the puerperal women, there was no need for transfusion or hysterectomy in any case. Patients who had a C-section after labor presented a higher risk of short-term complications and sexual dysfunction

when compared to those who had vaginal delivery or elective C-section. In a study with nine Asian countries, patients undergoing intrapartum C-section had higher morbidity/mortality than those with antepartum-C-section, and all types of C-section had a higher risk of maternal morbidity/mortality when compared to vaginal delivery, except for perineal lacerations ²⁴.

One interesting cultural aspect of Brazil and many Latin American countries is the indication of C-section as a mode to avoid damage of the pelvic floor. In the present study, there was no significant difference in the frequency of urinary incontinence according to the type of delivery, although the frequency was lower after elective C-section; this result is similar to that observed in a study conducted in the southeast region of Brazil ⁸. The frequency of sexual dysfunction was similar after vaginal delivery and elective C-section and somewhat higher after cesarean section preceded by labor. Depression was also not associated with the type of delivery in the current study; this result agrees with a prospective five-time evaluation study that demonstrated a higher frequency of post-C-section depression compared to vaginal delivery three months postpartum but no more at six months, and there was no difference in the sexual function score by type of delivery ²⁵.

Limitations of the data

A limitation of this study was the loss of 27.3% of the cases in the follow-up evaluation at 45 to 60 days after delivery and of 58% at six to eight months postpartum; such losses were analyzed and were homogeneous according to type of delivery. Another limitation was the lack of pre-delivery data on sexual dysfunction, urinary incontinence, and depression.

Strengths of the study

The prospective design, the large number of participants, and the use of validated questionnaires add credibility to the study. It was possible to prospectively evaluate 768 postpartum women, which is superior to that of most studies addressing the same topic. The inclusion of participants from all maternity hospitals in Sergipe in a statistically adequate number allows generalization of results at a state level. The ideal study design to evaluate complications by type of delivery would be a randomized clinical trial, but there are ethical implications in conducting such a study.

In conclusion, C-section was negatively associated with breastfeeding incentive practices. There was no association between adverse neonatal outcome and minor neonatal complications regarding delivery type. Intrapartum C-section was associated with a higher risk of short term maternal complications and sexual dysfunction. There was no association between type of delivery and urinary incontinence and depression.

Funding: This study was partially funded by the Support Program for University Extension MEC/SESu (PROEXT). PJ277-2014

Author contributions: Prado DS; Mendes RB; Gurgel RQ; Cipolotti R; Barreto IDC; Gurgel RQ, proceeded the drafting of the project, supervision of the interviews, preparation of the database and analysis. Prado DS elaboration of the manuscript, Barreto IDC performed statistical evaluation; Cipolotti R and Gurgel RQ performed critical analysis of the manuscript and final approval of the version to be published.

Conflicts of interest: The authors report no conflict of interest related to this manuscript

References

1. Cho CE, Norman M. Cesarean section and development of the immune system in the offspring. *Am J Obstet Gynecol* 2013;208:249–54.
doi:10.1016/j.ajog.2012.08.009.
2. Althabe F, Belizán JM. Rising Trend in Non-Indicated Caesarean Deliveries: Can the Trend be Reversed? *Paediatr Perinat Epidemiol* 2017.
doi:10.1111/ppe.12369.
3. Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric Interventions during labor and Childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saude Publica* 2014;30:S17–32.
doi:10.1590/0102-311X00151513.
4. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *Br Med J* 2007;335:1025.

- doi:10.1136/bmj.39363.706956.55.
5. Liu X, Landon MB, Cheng W, Chen Y. Cesarean delivery on maternal request in China: what are the risks and benefits? *Am J Obstet Gynecol* 2015;212:817.e1-9. doi:10.1016/j.ajog.2015.01.043.
 6. Griffiths A, Watermeyer S, Sidhu K, Amso NN, Nix B. Female genital tract morbidity and sexual function following vaginal delivery or lower segment caesarean section. *J Obstet Gynaecol (Lahore)* 2006;26:645–9. doi:10.1080/01443610600903701.
 7. Dabiri F, Yabandeh AP, Shahi A, Kamjoo A, Teshnizi SH. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Oman Med J* 2014;29:276–9. doi:10.5001/omj.2014.72.
 8. Herrmann V, Scarpa K, Palma PCR, Riccetto CZ. Stress urinary incontinence 3 years after pregnancy: Correlation to mode of delivery and parity. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20:281–8. doi:10.1007/s00192-008-0767-8.
 9. Goker A, Yanikkerem E, Demet MM, Dikayak S, Yildirim Y, Koyuncu FM. Postpartum depression: is mode of delivery a risk factor? *ISRN Obstet Gynecol* 2012;2012:616759. doi:10.5402/2012/616759.
 10. World Health Organization. WHO declaration on cesarean rates. *Hum Reprod Program* 2015:1–8.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf. Accessed at march 1 2017
 11. Ministry of Health [internet]. Executive Secretary. Datasus [accessed dec 2 2016]. Health information (TABNET). Vital statistics. Available at <<http://datasus.saude.gov.br>> Accessed at january 10 2012
 12. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. *J Sex Marital Ther* 2005;31:1–20. doi:10.1080/00926230590475206.
 13. Nunes Tamanini JT, Dambros M, D’Ancona CAL, Rodrigues Palma PC, Rodrigues Netto N. Validation of the “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF) for Portuguese. *Rev Saude Publica* 2004;38:438–44. doi:10.1590/S0034-89102004000300015.
 14. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, et al.

- Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saude Publica* 2007;23:2577–88. doi:10.1590/S0102-311X2007001100005.
15. UNICEF. Baby-friendly hospital initiative. Part VII. Reassessment of Baby-friendly hospitals and Maternity services: A guide to developing a national process. New-York: Programme division; 1998.
 16. Dahlen HG, Tracy S, Tracy M, Bisits A, Brown C, Thornton C. Rates of obstetric intervention and associated perinatal mortality and morbidity among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW (2000-2008): a linked data population-based cohort study. *BMJ Open* 2014;4:e004551. doi:10.1136/bmjopen-2013-004551.
 17. Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C GG. Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GM. Caesarean section for non-medical reasons at term. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2012;3:CD004660. doi:10.1002/14651858.CD004660.pub3. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;3. doi:doi:10.1002/14651858.
 18. Visco AG, Viswanathan M, Lohr KN, Wechter ME, Gartlehner G, Wu JM, et al. Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol* 2006;108:1517–29. doi:10.1097/01.AOG.0000241092.79282.87.
 19. Mascarello KC, Horta BL, Silveira MF. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. *Rev Saude Publica*. 2017;51:105. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051000389
 20. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein S. Maternity care practices: implications for breastfeeding. *Birth* 2001;28:94–100.
 21. Rowe-Murray HJ, Fisher JRW. Baby Friendly Hospital practices: Cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth* 2002;29:124–31. doi:10.1046/j.1523-536X.2002.00172.x.
 22. Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ* 2008;336:85–7. doi:10.1136/bmj.39405.539282.BE.
 23. Salustiano EMA, Campos JADB, Ibidi SM, Ruano R, Zugaib M. Low Apgar scores at 5 minutes in a low risk population: maternal and obstetrical factors

- and postnatal outcome. *Rev Assoc Med Bras* 2012;58:587–93. doi:10.1590/S0104-42302012000500017.
24. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gülmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet* 2010;375:490–9. doi:10.1016/S0140-6736(09)61870-5.
 25. Chang S-R, Chen K-H, Ho H-N, Lai Y-H, Lin M-I, Lee C-N, et al. Depressive symptoms, pain, and sexual dysfunction over the first year following vaginal or cesarean delivery: A prospective longitudinal study. *Int J Nurs Stud* 2015;52:1433–44. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.04.019.

Table 1: Sociodemographic characteristics and obstetric aspects of the study population

Variable	N (%)
Maternal age <i>Mean ($\pm$ SD)</i>	25,35 (6,52)
10-19	164 (21,4)
20-34	532 (69,3)
≥ 35	72 (9,4)
Race/ethnicity	
White	109 (14,2)
Not White	659 (85,8)
Years of Study	
≤ 7 years	356 (46,4)
8-10 years	310 (40,4)
≥ 11 years	101 (13,2)
Paid work	
No	426 (55,5)
Yes	342 (44,5)
Marital status	
With partner	647 (84,3)
Without partner	120 (15,6)
Parity	
0	37 (4,8)
1-2	309 (40,2)
≥ 3	422 (54,9)
Mode of delivery	
Vaginal	456 (59,4)
Intrapartum cesarean section	110 (14,3)
Elective cesarean section	202 (26,3)

Table 2: Breast feeding incentive practices according to type of delivery

	Skin-to-skin contact after delivery		Breast feed in the delivery room		Breast feed within one hour of birth		Rooming-in	
	N (%)	RR (CI95%) p-value	N (%)	RR (CI95%) p-value	N (%)	RR (CI95%) p-value	N (%)	RR (CI95%) p-value
Global								
Intrapartum C-section	11 (10.2)	0.18 (0.10, 0.31) <0.001	7 (6.8)	0.64 (0.30, 1.38) 0.275	21 (23.1)	0.43 (0.29, 0.63) <0.001	81 (73.6)	0.93 (0.83, 1.05) 0.250
Elective C-section	42 (20.8)	0.36 (0.27, 0.47) <0.001	8 (4.5)	0.42 (0.20, 0.88) 0.017	39 (23.9)	0.44 (0.33, 0.59) <0.001	136 (67.3)	0.85 (0.77, 0.95) 0.002
Normal	262 (58.0)	1	45 (10.6)	1	194 (53.7)	1	355 (78.9)	1
Public-Low Risk								
Intrapartum C-section	5 (10.6)	0.18 (0.08, 0.42) <0.001	3 (7.1)	0.68 (0.22, 2.13) 0.783	11 (30.6)	0.56 (0.34, 0.93) 0.008	36 (76.6)	0.93 (0.79, 1.10) 0.418
Elective C-section	9 (12.2)	0.21 (0.11, 0.39) <0.001	5 (7.1)	0.68 (0.27, 1.68) 0.507	19 (30.2)	0.55 (0.37, 0.82) 0.001	58 (78.4)	0.95 (0.84, 1.08) 0.504
Normal	179 (58.5)	1	31 (10.5)	1	137 (54.6)	1	251 (82.3)	1
Private-Low Risk								
Intrapartum C-section	1 (7.7)	0.09 (0.01, 0.61) <0.001	0 (0)	* 0.498	0 (0)	* 0.225	10 (76.9)	1.38 (0.83, 2.30) 0.275
Elective C-section	21 (45.7)	0.52 (0.35, 0.77) 0.005	2 (4.8)	0.40 (0.06, 2.64) 0.571	2 (5.0)	0.23 (0.04, 1.25) 0.103	30 (65.2)	1.17 (0.74, 1.87) 0.569
Normal	15 (83.3)	1	2 (11.8)	1	3 (21.4)	1	10 (55.6)	1
Public-High Risk								
Intrapartum C-section	4 (10.5)	0.20 (0.08, 0.50) <0.001	3 (7.7)	0.70 (0.21, 2.37) 0.760	9 (26.5)	0.46 (0.26, 0.83) 0.003	27 (67.5)	0.92 (0.72, 1.17) 0.544
Elective C-section	5 (7.8)	0.15 (0.06, 0.34) <0.001	1 (1.9)	0.18 (0.02, 1.32) 0.063	18 (38.3)	0.67 (0.45, 0.99) 0.049	39 (60.9)	0.83 (0.66, 1.04) 0.096
Normal	67 (53.6)	1	12 (10.9)	1	54 (57.4)	1	91 (73.4)	1
Private-High Risk								
Intrapartum C-section	1 (10)	0.30 (0.03, 3.49) 0.423	1 (10)	* 1.000	1 (11.1)	* 1.000	8 (80)	0.80 (0.57, 1.09) 1.000
Elective C-section	7 (38.9)	1.17 (0.21, 0.77) 1.000	0 (0)	* 0.000	0 (0)	* 0.000	9 (50)	0.50 (0.31, 0.79) 0.229
Normal	1 (33.3)	1	0 (0)	* 0.000	0 (0)	* 0.000	3 (100)	1
Friends of the Children Hospital								
Yes	186 (50.0)	1.51 (1.27, 1.80) <0.001	31 (8.8)	1.07 (0.66-1.74) 0.789	126 (40.8)	0.97 (0.81-1.18) 0.806	318 (85.7)	1.32 (1.21, 1.43) <0.001
No	129 (33.1)	1	29 (8.2)	1	128 (41.8)	1	254 (65.0)	1

RR – Relative Risk; CI 95% – Confidence Interval 95%; p value – Fisher's exact test

Table 3: Adverse neonatal outcome (major complications), minor neonatal complications and early maternal complications according to type of delivery

	Adverse neonatal outcome		Minor neonatal complications		Early maternal complications	
	N (%)	RR (IC95%) p-value	N (%)	RR (IC95%) p-value	N (%)	RR (IC95%) p-value
Global						
Intrapartum C-section	7 (6.4)	1.04 (0.46, 2.31) 1.000	2 (1.8)	0.83 (0.18, 3.73) 1.000	47 (59.5)	1.30 (1.04, 1.64) 0.037
Elective C-section	11 (5.4)	0.89 (0.45, 1.75) 0.858	8 (4.0)	1.81 (0.72, 4.51) 0.204	63 (42)	0.92 (0.73, 1.16) 0.526
Normal	28 (6.1)	1 1	10 (2.2)	1 1	104 (45.6)	1 1
Public-Low Risk						
Intrapartum C-section	1 (2.1)	0.65 (0.09, 5.00) 1.000	2 (4.3)	6.55 (0.95, 45.4) 0.087	22 (61.1)	1.17 (0.87, 1.59) 0.356
Elective C-section	1 (1.4)	0.42 (0.05, 3.20) 0.699	1 (1.4)	2.08 (0.19, 22.6) 0.477	19 (38)	0.73 (0.50, 1.07) 0.102
Normal	10 (3.2)	1 1	2 (0.6)	1 1	77 (52)	1 1
Private-Low Risk						
Intrapartum C-section	1 (7.7)	1.38 (0.09, 20.2) 1.000	0 (0)	* **	2 (28.6)	1.24 (0.27, 5.75) 1.000
Elective C-section	1 (2.2)	0.39 (0.03, 5.93) 0.487	1 (2.2)	* 1.000	14 (35.9)	1.55 (0.53, 4.57) 0.506
Normal	1 (5.6)	1 1	0 (0)	1 1	3 (23.1)	1 1
Public-High Risk						
Intrapartum C-section	3 (7.5)	0.56 (0.17, 1.84) 0.411	0 (0)	* 0.200	18 (62.1)	1.65 (1.08, 2.53) 0.042
Elective C-section	8 (12.5)	0.93 (0.43, 2.05) 1.000	5 (7.8)	1.24 (0.42, 3.64) 0.764	21 (43.8)	1.17 (0.74, 1.83) 0.562
Normal	17 (13.4)	1 1	8 (6.3)	1 1	24 (37.5)	1 1
Private-High Risk						
Intrapartum C-section	2 (20)	* 1.000	0 (0)	* **	5 (71.4)	* 0.167
Elective C-section	1 (5.6)	* 1.000	1 (5.6)	* 1.000	9 (69.2)	* 0.063
Normal	0 (0)	1 1	0 (0)	1 1	0 (0)	1 1

RR – Relative Risk; CI 95% – Confidence Interval 95%; p value – Fisher's exact test

Table 4: Long term maternal complications (sexual dysfunction, urinary incontinence, and depression) by type of delivery

	Sexual dysfunction (IFSF<26.5)		Urinary incontinence		Post-delivery depression (EDPS>=10)	
	N (%)	RR (CI95%) p-value	N (%)	RR (CI95%) p-value	N (%)	RR (CI95%) p-value
Global						
Intrapartum C-section	18 (54.5)	1.68 (1.14, 2.48) 0.027	8 (18.6)	1.49 (0.71, 3.11) 0.324	7 (17.9)	0.84 (0.41, 1.75) 0.827
Elective C-section	34 (40)	1.23 (0.87, 1.74) 0.259	7 (7.4)	0.59 (0.26, 1.33) 0.222	14 (15.6)	0.73 (0.42, 1.28) 0.322
Normal	49 (32.5)	1	22 (12.5)	1	36 (21.3)	1
Public-Low Risk						
Intrapartum C-section	5 (31.3)	0.99 (0.45, 2.16) 1.000	3 (14.3)	1.17 (0.37, 4.61) 0.727	3 (15.)	0.81 (0.26, 2.45) 1.000
Elective C-section	14 (45.2)	1.43 (0.88, 2.32) 0.197	2 (5.4)	0.44 (0.11, 1.86) 0.360	6 (16.7)	0.90 (0.39, 2.05) 1.000
Normal	31 (31.6)	1	14 (12.2)	1	21 (18.6)	1
Private-Low Risk						
Intrapartum C-section	5 (71.4)	2.62 (0.90, 7.66) 0.145	0 (0)	* 1.000	0 (0)	* 0.515
Elective C-section	8 (42.1)	1.54 (0.51, 4.64) 0.466	1 (5.0)	0.50 (0.03, 7.19) 1.000	1 (5.6)	0.31 (0.03, 2.99) 0.539
Normal	3 (27.3)	1	1 (10)	1	2 (18.2)	1
Public-High Risk						
Intrapartum C-section	7 (77.8)	2.19 (1.27, 3.72) 0.029	4 (33.3)	2.38 (0.83, 6.83) 0.200	3 (30)	1.01 (0.35, 2.90) 1.000
Elective C-section	11 (40.7)	1.14 (0.62, 2.10) 0.800	3 (10.0)	0.71 (0.20, 2.55) 0.736	5 (16.7)	0.56 (0.22, 1.42) 0.273
Normal	15 (35.7)	1	7 (14.0)	1	13 (29.5)	1
Private-High Risk						
Intrapartum C-section	1 (100)	*	1 (33.3)	* 1.000	1 (33.3)	* 1.000
Elective C-section	1 (12.5)	*	1 (12.5)	* 1.000	2 (33.3)	* 1.000
Normal	0 (0)	*	0 (0)	1	0 (0)	*

RR – Relative Risk; CI 95% – Confidence Interval 95%; p value – Fisher's exact test