

**INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO DE BAIXO
RISCO NUMA COORTE DE NASCIMENTO EM SÃO LUÍS – MA.**

SÃO LUÍS, MA

FEVEREIRO – 2015

MAYARA PEREIRA DA SILVA

**INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO DE BAIXO
RISCO NUMA COORTE DE NASCIMENTO EM SÃO LUÍS – MA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dra. Liberata Campos Coimbra

**SÃO LUÍS, MA
FEVEREIRO - 2015**

SILVA, Mayara Pereira da

Intervenções obstétricas na assistência ao parto de baixo risco numa coorte de nascimento em São Luís – MA./Silva, M.P.da, São Luís, 2015. 95pg

Orientadora: Prof^a Dr^a Liberata Campos Coimbra

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Maranhão – UFMA, 2015.

1. Saúde Materno-Infantil 2. Trabalho de Parto 3. Parto 4. Serviços de Saúde Materna.

**INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO DE BAIXO
RISCO NUMA COORTE DE NASCIMENTO EM SÃO LUÍS – MA.**

Mayara Pereira da Silva

Dissertação aprovada em _____ de _____ de _____, pela banca
examinadora constituída pelos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^a. Liberata Campos Coimbra.

Orientadora

Departamento de Enfermagem, UFMA

Prof. Dr^a. Ana Kelve de Castro Damasceno

Examinador Externo

Departamento de Enfermagem, UFC

Prof. Dr^a. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves

Examinador Interno

Departamento de Saúde Pública, UFMA

Prof. Dr. Zeni Carvalho Lamy

Suplente

Departamento de Saúde Pública, UFMA

AGRADECIMENTOS

A Deus e minha família, que sem eles nada seria possível, meu alicerce e amparo em todos os momentos.

À minha orientadora, Dr^a Liberata Campos pela persistência e apoio nesta jornada, mesmo diante de todas as dúvidas e incertezas na conclusão desta pós graduação.

À minha banca examinadora, professora Teresa Seabra e Ana Kelve de Castro pela disponibilidade e contribuições a serem compartilhadas.

À Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PGSC) que tornou possível o aprendizado.

Aos professores do PGSC, pelo auxílio e colaboração nesta caminhada, em especial às professoras Teresa Seabra que acompanhou toda a minha trajetória e esteve sempre à disposição para ajudar e me auxiliar no fechamento deste ciclo, e Zeni Lamy pelo incentivo em finalizar este compromisso.

Aos professores do Departamento de Enfermagem - UFMA, pela colaboração e incentivo, em especial às professoras Lena Maria Barros, que sempre esteve a disposição para ajudar e pelas contribuições na qualificação deste trabalho, Cláudia Frias e Luzinéia pela torcida e apoio na conclusão da dissertação.

Aos pesquisadores e entrevistadores do projeto BRISA, que possibilitaram dados para este estudo e às puérperas participantes da pesquisa.

À Secretaria do PGSC pelo apoio e colaboração, Leila, Sônia e Jesus.

À minha amiga e irmã de alma Dannielle Lima, pelo apoio emocional e técnico, companheirismo e auxílio durante toda a trajetória.

Aos meus colegas do PGSC, em especial a Priscila Coimbra e Jordana Cardoso que sempre me incentivaram e apoiaram na conclusão deste mestrado, a Marcia Ramos e Gildete Silva pelo companheirismo no retorno ao programa e conclusão do curso.

A todos que direta ou indiretamente colaboraram para a construção deste trabalho.

*“Ninguém caminha sem aprender a caminhar,
sem aprender a fazer o caminho caminhando,
refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a
caminhar.”*

Paulo Freire

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da população estudada segundo as características socioeconômicas e maternas. São Luís, Maranhão - 2010.....	46
Tabela 2 - Características da assistência ao parto de baixo risco São Luís, Maranhão - 2010	47
Tabela 3. Realização de intervenções na assistência ao parto de baixo risco São Luís, Maranhão - 2010.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

SINASC - Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SUS – Sistema Único de Saúde

UFMA- Universidade Federal do Maranhão

OMS – Organização Mundial de Saúde

MS – Ministério da Saúde

SILVA, Mayara Pereira da, **Intervenções obstétricas na assistência ao parto de baixo risco numa coorte de nascimento em São Luís – MA.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2015.

RESUMO

Com o processo de mudança ocorrido na assistência ao parto ao longo dos séculos, a introdução de diversos procedimentos e técnicas acabaram por modificar sobremaneira a experiência da mulher em parir. A pesquisa tem por objetivo analisar o uso de intervenções obstétricas na assistência ao parto de baixo risco em São Luís – MA. Estudo transversal, epidemiológico e descritivo baseado em dados extraídos da pesquisa Fatores Etiológico do Nascimento Pré-Termo e Consequências dos Fatores Perinatais na Saúde da Criança: Coortes de Nascimento em Cidades Brasileiras –(BRISA), estudo de base hospitalar realizado em 2010, com entrevistas de 5.212 mulheres. 90,3% das mulheres com gestação de baixo risco foram submetidas a alguma intervenção obstétrica na assistência ao parto. 41,1% das mulheres foram submetidas a operação cesariana. Dos partos vaginais de baixo risco, 40,4% das mulheres foram submetidas a amniotomia (rompimento artificial da bolsa amniótica), 38,6% usaram ocitocina no trabalho de parto, 63,3% foram submetidas a episiotomia. Constatou-se, que apesar das recomendações baseado em evidência científicas ainda é alto o uso de intervenções durante o parto e nascimento de baixo risco. Assim faz-se necessário comprometimento por parte dos gestores, instituições e profissionais de saúde para que assistência à mulher em trabalho de parto e parto seja conduzida de forma a considerar a fisiologia, buscando uma mudança no modelo de atenção intervencionista vigente.

Palavras-chave: Saúde Materno-Infantil; Trabalho de Parto; Parto; Serviços de Saúde Materna.

SILVA, Mayara Pereira da, **Obstetric intervention in the assistance to the usual risk childbirth in a cohort of birth in São Luís – MA**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2015.

ABSTRACT

With the change process that has occurred in the childbirth assistance throughout the centuries, the introduction to several procedures and techniques modified greatly the woman's childbirth experience. The objective of this research was to analyze the use of obstetric intervention in the assistance to the usual risk childbirth in a cohort of birth in São Luís – MA. A cross sectional, epidemiological and descriptive study was done based on data extracted from the study Etiologic Factors of Preterm Birth and Consequences of Perinatal Factors in Child Health: Birth Cohorts in Brazilian Cities - (BRISA), a hospital-based study conducted in 2010 with interviews of 5,212 women. 90.3% of the women with normal risk pregnancies had undergone some obstetric intervention in the delivery care. A percentage of 41,1% of cesarean section in the studied samples was found, and for the low risk vaginal delivery it was observed that in 40,4% of the women the amniotic sac break was done, 38,6% used oxytocin during the child birthing process, and 63,3% were submitted to episiotomy. It was found that despite the recommendations based on scientific evidence, the use of interventions during childbirth and the birth of habitual risk is still high. Which makes necessary the involvement on the part of the health managers, institutions and professionals, so that the assistance to the women in labor and delivery can be guided in a natural way, seeking a change in the current interventional attention model.

Key words: Public Health Practice; Maternal and Child Health; Obstetric Labor; Parturition; Maternal Health Services.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	14
2.1	Geral.....	14
2.2	Específicos.....	14
3	REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1	História da parturição no Brasil.....	15
3.2	Institucionalização/Medicalização	17
3.3	Modelos de atenção da assistência ao parto	18
3.4	Intervenções na assistência ao parto	21
3.5	Políticas de saúde voltadas para a Saúde da Mulher	25
4	RESULTADOS.....	28
4.1	Artigo.....	28
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
	REFERÊNCIAS.....	44
	ANEXOS.....	51

1. INTRODUÇÃO

O parto e nascimento veio ao longo dos anos sofrendo intensas modificações na sua estrutura e condução, contribuindo para a construção de modelos de atenção influenciado pelo avanço da ciência e evidências científicas.

Segundo a OMS (1996), a assistência ao parto é caracterizada por um conjunto de práticas que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis e à prevenção da mortalidade materna e perinatal, onde haja o respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de cada nascimento, em que as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis.

Diversos avanços tecnológicos, práticas assistenciais sem respaldo científico, além das intervenções desnecessárias comprometem a qualidade e os resultados da assistência (DINIZ, 2009).

Para SCHNECK e RIESCO (2003) o uso rotineiro e desnecessário de intervenções altera o curso fisiológico do parto desencadeando uma cascata de eventos, em que uma intervenção condiciona a realização outra, de maneira sucessiva. Neste processo, o aumento do nível de complexidade do procedimento está associado ao aumento do risco decorrente dele.

A partir da década de 1970, em reação a um modelo tecnocrata e intervencionista vigente, surge o movimento de humanização da assistência ao parto, com o objetivo de modificar esse cenário e proporcionar a mulher o resgate do parto natural, fisiológico e respeitoso (DINIZ, 2005).

As primeiras contribuições para a mudança deste modelo foram estabelecidas a partir da criação em 1984 do Programa de Atenção Integral a saúde da Mulher (PAISM), que posteriormente se tornou uma Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher e tinha como um dos seus objetivos, prestar assistência de qualidade à mulher no ciclo gravídico e puerperal, tendo em vista os princípios de integralidade e humanização (BRASIL, 2014).

Este movimento é fortalecido com a criação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna) em 1993, que tem como marco a Carta de Campinas, documento fundador da Rehuna, denunciando as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dava a assistência ao parto, por meio da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias que perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto (RATTNER et al., 2010).

Reforçando esse novo modelo de atenção ao parto, a OMS lança em 1996 manual de recomendações de tecnologia apropriada para a assistência ao parto, baseado em evidências científicas, que determina o uso seletivo de procedimentos como a episiotomia, amniotomia e uso de ocitocina de rotina. Além disso, traz diversas recomendações úteis e que devem ser estimuladas durante o trabalho de parto e parto.

Segundo Castilho (2000) o uso de tecnologia apropriada para o parto e nascimento, humaniza a assistência, contribui para a desvinculação do parto de um processo patológico, defendendo sua condição de fisiológico, sendo bem sucedido sem as rotinas hospitalares vigentes no modelo hegemônico de assistência ao parto no Brasil, em que as rotinas e intervenções obstétricas impostas pela hospitalização e medicalização interferem negativamente na assistência ao parto.

Além disso deve-se assegurar a mulher cuidados que não envolvam procedimentos invasivos, tais como ruptura de membrana, episiotomia, aceleração ou indução do parto, parto instrumental ou cesariana, a menos que necessárias em virtude de complicações com a devida informação à mãe (Ministério da Saúde, 2014).

Neste contexto, com o movimento crescente de evidências científicas que embasam a realização de boas práticas e restrição de práticas inadequadas, possibilitando a mulher uma experiência de parto positiva, fez-se necessário o levantamento da realização das intervenções obstétricas na assistência ao parto de baixo risco, para conhecimento do real contexto da assistência ao parto nas maternidades em São Luís a partir da análise de um banco de dados de coorte de nascimentos.

2. OBJETIVO GERAL

Identificar o uso de intervenções obstétricas na assistência ao parto de baixo risco numa coorte de nascimento em São Luís – MA .

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características socioeconômicas, demográficas e reprodutivas das mulheres da população estudada;
- Estimar a prevalência de intervenções obstétricas na assistência ao parto de baixo risco;
- Estimar o tipo de parto de acordo com o local e complexidade dos estabelecimentos de saúde.

3. REFERENCIAL TEORICO

3.1. HISTÓRIA DA PARTURIÇÃO OU PARTO

O nascimento é historicamente um evento natural. Como é indiscutivelmente um fenômeno mobilizador, mesmo as primeiras civilizações agregaram, a este acontecimento, inúmeros significados culturais que através de gerações sofreram transformações, e ainda comemoram o nascimento como um dos fatos marcantes da vida. (BRASIL,2001)

Ao longo do tempo e nas diferentes culturas, os métodos e os costumes que estão relacionados ao parto têm se modificado. Tradicionalmente era um ritual de mulheres, não era considerado um ato médico, e ficava a cargo das parteiras (Maldonado, 2002; Maia, 2010).

A participação masculina até o século XII era muito pequena, contrária aos padrões culturais dominantes na época, levando a um atraso no desenvolvimento de uma atividade médica ligada à mulher. A assistência à parturiente era considerada assunto de mulheres, em que as parteiras criavam um clima emocional favorável, com suas crenças, talismãs, orações e receitas mágicas para aliviar a dor das contrações, e os homens apenas realizavam assistência a partos de animais. (SEIBERT,2005)

Na ocorrência de complicações ou dificuldades no parto, os cirurgiões-barbeiros, também denominados cirurgiões-parteiros, eram chamados a intervir. Estas intervenções eram quase sempre tão ineficazes quanto as das parteiras, e normalmente o papel dos cirurgiões-barbeiros era retirar um feto vivo de sua mãe morta. Não era da competência dos cirurgiões-barbeiros fazer o parto de um feto vivo de uma mulher viva. O interesse masculino pelos casos complicados aumentou a partir do século XVII e principalmente do século XVIII. (DOMINGUES,2002).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001) a imensa mortalidade materna e perinatal passa a ser discutida, na esfera pública, por uma necessidade político-econômica de garantir exércitos e trabalhadores. Ao lado destas transformações sociais, a obstetrícia firmava-se como matéria médica e ocorriam as primeiras ações voltadas a disciplinar o nascimento.

A partir daí, as mudanças relacionadas ao parto acabariam por caracteriza-lo como evento medico, cujos significados científicos aparentemente viriam sobrepujar outros aspectos. O parto então deixa de ser privado, íntimo e feminino, e passa a ser vivido de maneira pública, com a presença de outros atores sociais. (BRASIL, 2001)

Ainda no século XIX, iniciou-se a interferência do Estado, com um processo de expansão da assistência médica no Brasil, antes exercida quase exclusivamente na forma liberal ou filantrópica. Alguns programas de saúde dirigidos a grupos populacionais específicos começaram a ser desenvolvidos, entre eles a assistência pré-natal. Esta assistência associada à institucionalização do parto teve por objetivo desenvolver um recém-nascido saudável e reduzir as elevadas taxas de mortalidade infantil que existiam no final do século passado e na primeira metade deste. (BRASIL,2001)

No final do século XIX, os obstetras passaram a empreender campanhas para transformar o parto em um evento controlado por eles e circunscrito às maternidades, o que se efetivou na metade do século XX. Observa-se que antes do advento da obstetrícia foi possível manter uma divisão do trabalho entre médicos e parteiras, onde partos “naturais” eram objeto da atenção da parteira enquanto o médico era chamado a agir nos casos de complicações. (MAIA, 2010)

No final do século XIX e início do século XX, com as elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, e o interesse do Estado com o tamanho e vitalidade de suas populações, começou a haver uma preocupação em relação a esse tema. (DOMINGUES, 2002).

O declínio da profissão de parteira já vinha sofrendo declínio desde o final do século XVI, a partir da utilização do fórcepe obstétrico pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain. Segundo Osava & Mademe (1995), o uso do fórcepe obstétrico influenciou a aceitação da obstetrícia como uma disciplina técnica, científica e dominada pelo homem, pois instaurou o conceito de que é possível comandar o nascimento e que o parto era perigoso, sendo imprescindível a presença de um médico.

Desta forma o cuidado prestado à mulher e à família sofreu modificações significativas principalmente a partir do século XX, com a institucionalização da assistência, passando a predominar o parto hospitalar. (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005)

O hospital vendia uma imagem de ter conseguido associar o melhor de dois mundos: era um hotel que estaria habilitado a prover serviços de atenção, tanto direcionados à mulher quanto ao bebê, com segurança e com a internação durante um período suficiente para a recuperação da mulher (SANTOS, 2002).

3.2. INSTITUCIONALIZAÇÃO/MEDICALIZAÇÃO

O parto realizado em hospitais tornou-se prevalente no século XX, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, viabilizando a introdução de manobras cirúrgicas no parto, como é o caso da episiotomia e fórceps profilático. (OSAVA, 1997)

As parteiras foram progressivamente perdendo campo de atuação com o crescimento da tecnologia obstétrica, com a sua exclusão dos treinamentos formais e com a aceitação social de que o obstetra era superior. (DOMINGUES, 2002).

O parto hospitalar serviu a nova profissão de obstetrícia de três maneiras: restringindo a competição com as parteiras; estabelecendo o princípio do controle médico sobre as pacientes; e permitindo o treinamento de novos médicos, com as pacientes servindo de objeto de treinamento (DOMINGUES, 2002).

Apesar da hospitalização ter sido, em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário de nascimento transformou-se rapidamente: simbolicamente, a mulher foi despida de sua individualidade, autonomia e sexualidade, por meio do cerimonial de internação – separação da família, remoção de roupas e de objetos pessoais, ritual de limpeza com enema, jejum e não deambular, transformando a atenção numa linha de produção e a mulher numa propriedade institucional (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

A consolidação da presença do médico na cena do parto está associada à criação de um instrumental próprio (fórceps, pelvímeter, sondas, agulhas, tesouras, ganchos e cefalotribos) e a práticas cada vez mais intervencionistas, fatos que foram usados para construir uma imagem de conhecimento científico, competência e superioridade dos médicos em relação às parteiras, que usavam apenas as mãos nas suas manobras e diagnósticos (MARTINS, 2004).

Assim, instaura-se o modelo tecnocrático de assistência ao parto. Onde, o corpo da mulher é compreendido como máquina e a assistência prestada como linha de produção. O hospital, por sua vez, torna-se a fábrica, o corpo da mãe a máquina e o bebê representa o produto de um processo de fabricação industrial. A obstetrícia passa a desenvolver ferramentas e tecnologias para a manipulação e melhoria do processo inerentemente defeituoso do nascimento, caracterizado pelo sistema de linha de montagem industrial (Davis-Floyd, 2001)

Este modelo elimina a mulher como sujeito do parto e coloca o médico nesse lugar, cabendo a ele a autoridade, responsabilidade e a condução ativa do processo, não reconhecendo

como legítimas as situações nas quais o ambiente externo e o estado emocional da mulher atuam dificultando ou facilitando o trabalho de parto e o parto. Além disso determina e facilita a atuação intervencionista do médico quando o mesmo achar apropriado e supervalorizar a utilização de tecnologia, alienando a parturiente em relação ao profissional e direcionando o sistema para o lucro. (Davis-Floyd, 2001)

O preço da melhoria das condições do parto foi a sua desumanização e a transformação do papel da mulher de sujeito para objeto no processo do parto e nascimento. (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005)

Para ODEB (2003) a história da obstetrícia é a história da exclusão da mãe do seu papel central no processo do nascimento. A palavra “obstetra” é derivada do latim ob-stare, que significa: estar de pé, em frente a. Para maior visibilidade e possibilidade de controle e intervenções por parte do obstetra, a mulher deve estar deitada, colocando-se então numa situação de submissão, vulnerabilidade e impotência diante dessa situação.

Parir e nascer, definitivamente, não são processos “naturais” nem meramente fisiológicos. São eventos sociais e culturais complexos, que envolvem interações entre indivíduos, grupos sociais e organizações (hospitais e maternidades), com poderes e legitimidades diferenciados. A disputa pelo modelo de assistência ao parto articula: uma disputa de políticas públicas, uma disputa organizacional e uma disputa de ethos profissional. Embasando essas disputas, tanto o modelo tecnocrático quanto o humanizado partem de representações específicas acerca da mulher, da gestante e do parto. (MAIA, 2010)

3.3. MODELOS DE ATENÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO

O modelo de assistência à saúde no Brasil, desde a sua construção privilegiou e consolidou as práticas que estimulavam uma cultura que valorizava a doença, a especialização médica e as intervenções da alta tecnologia, em detrimento da promoção da saúde, da clínica médica básica e das ações de baixa tecnologia, onde o modelo tecnocrático de assistência ao parto encontrou solo fértil para se legitimar de maneira quase absoluta. (MAIA, 2010).

É possível identificar três modelos básicos na atenção ao parto e ao nascimento: os paradigmas Tecnocrático, o Humanista e o Holístico.

O modelo Tecnocrático é o preponderante atualmente. Baseia-se na visão cartesiana, enfatizando a separação entre mente e corpo, estabelecendo a máquina como a mais

adequada metáfora para o corpo humano e privilegiando a percepção do paciente como objeto. Nessa acepção a mulher é dotada de máquina física defectiva em essência. Como consequência, a paciente aliena-se do processo de cura, as intervenções externas tecnológicas ampliam-se em intensidade e profundidade e ela termina por ser segmentada, particionada e desmembrada, como peças avulsas de maquinaria sofisticada, porém passível de compreensão analítica. (BRASIL, 2014)

O processo de constituição do paradigma Tecnocrático ocorreu no século XX, e principalmente na segunda metade intensificaram-se intervenções e uso intensivo de tecnologia. Desde 1942, Grantly Dick-Read alertava para os possíveis efeitos danosos da mudança na doutrina de atenção, o que denominou de “crueldade das rotinas de eficiência institucional existente em alguns hospitais”. (BRASIL, 2014)

Este quadro se consolidou na segunda metade do século XX, fase política muito difícil do País, sem circulação de informação. Crescia o entusiasmo com a industrialização e essa abordagem também se instalou nos serviços de saúde, tendo aumentado os nascimentos por cesárea, que assumiram características de bem de consumo (RATTNER, 1996; BRASIL, 2014)

A partir da década de 1980 ocorreu um movimento mundial em prol da humanização do parto e nascimento, uma preocupação crescente em dar lugar a novos paradigmas que considerassem e valorizassem o ser humano em sua totalidade, e que estimulasse os profissionais de saúde a repensarem sua prática, buscando a transformação da realidade no cotidiano do cuidado. A avaliação científica das práticas de assistência evidenciou a efetividade e a segurança de uma atenção ao parto com um mínimo de intervenção sobre a fisiologia, e de muitos procedimentos centrados nas necessidades das parturientes – ao invés de organizados em função das necessidades das instituições. Isto resultou em um novo paradigma de assistência ao parto, denominado de humanista (Davis-Floyd, 2001).

O modelo Humanista entende o corpo humano como organismo (do grego *organismós*, “conjunto”), extrapolando a compreensão simplista do corpo como máquina complexa. Por ser conjunto, é entendido como a interação de aspectos somáticos com as manifestações anímicas, derivadas da linguagem e da razão. Mais que banal soma de órgãos e tecidos, o corpo humano animado é caracterizado por expressões de ordem simbólica que se manifestam na relação com seus iguais, por meio da troca infinita de conhecimento e histórias contadas, no que se convencionou chamar de “cultura”. (BRASIL, 2014)

Segundo o Ministério da Saúde (2014) humanistas do nascimento compreendem o parto como fenômeno integrativo que engloba aspectos emocionais, psicológicos, fisiológicos, sociais e espirituais, extrapolando a visão limitante do biologicismo.

O resultado expressa-se na ênfase oferecida aos aspectos relacionais, no resgate do afeto como ferramenta de trabalho e na valorização da conexão com as pacientes como fundamentais para a obtenção de resultados adequados para mãe e para o bebê. Por outro lado, entendem a tecnologia como ferramenta essencial para resgate de casos patológicos que se afastam perigosamente da rota da fisiologia. (BRASIL, 2014)

De acordo com o Ministério da Saúde (2014) a humanização do nascimento apresenta proposta baseada nesse tripé conceitual: Protagonismo restituído à mulher, como premissa fundamental, sem o qual se estaria apenas “sofisticando a tutela” milenarmente imposta pelo patriarcado; Visão integrativa e interdisciplinar do parto, retirando deste o caráter de “processo biológico” e alçando-o ao patamar de “evento humano”, onde aspectos emocionais, fisiológicos, sociais, culturais e espirituais são igualmente valorizados, e suas específicas necessidades atendidas; Vinculação visceral com a Medicina Baseada em Evidências, deixando claro que o movimento de “Humanização do Nascimento” é fundamentado na razão e na pesquisa científica, e não em crenças religiosas, ideias místicas ou pressupostos fantasiosos.

O modelo Holístico proposto por Davis-Floyd se baseia na compreensão do corpo humano como sendo formado por um campo energético em constante interação com outros campos de energia. Mais que funções orgânicas, existem relações de “energias”, que perpassam na interação entre sujeitos. Para “holistas”, a origem das enfermidades está na desestabilização do sutil balanço que comanda essas energias que, ao se desarmonizarem, produzem doenças, buscando resgatar o equilíbrio perdido. Dessa maneira, as intervenções terapêuticas se dariam mais no nível “energético” e emocional que no veículo físico e denso, diminuindo, assim, os efeitos indesejáveis da intervenção mecânica ou de drogas sobre o organismo (DAVIS-FLOYD, 2001).

O modelo de assistência obstétrica e neonatal atualmente legitimizado na maioria dos países ocidentais e consequentemente no Brasil, caracteriza-se por encarar a saúde como um problema. O nascimento é visto como um problema médico, considerando que todas as gestações são potencialmente patológicas, até prova em contrário. O corpo da mulher é encarado como uma máquina complexa que só pode ser entendida por meio do método

científico que separa as partes do todo. A mulher também é tida como incapaz de compreender as intrincadas nuances médicas e científicas envolvidas nas decisões. (BRASIL, 2014)

Em relação à tecnologia, tal modelo acredita que, para aumentar a eficiência de uma máquina imperfeita, ou seja, o corpo da mulher, são necessárias várias outras máquinas. Em consequência, várias tecnologias sofisticadas são utilizadas sem a devida avaliação da sua real necessidade e eficácia e, principalmente, sobre a sua segurança. (BRASIL, 2014)

Já o modelo social passa a encarar a saúde como uma solução e não mais como um problema. Essa concepção orienta para a atenção integral à pessoa e, não apenas à doença, visando eliminá-la ou evitá-la, mas também para tirar proveito. A concepção do nascimento é tido como um evento biopsicossocial. Nesse sentido, o nascimento como evento biológico – anatômico, psicológico e bioquímico – está integrado a componentes mentais e espirituais, ou seja, é por natureza feminino, intuitivo, sexual e espiritual. (BRASIL, 2014)

Entre os países com menor intervenção médica na atenção ao parto, a Holanda é destaque por sua reduzida taxa de cesárea comparada aos demais países desenvolvidos. Nesse país, a frequência de intervenções médicas é pequena e cerca de 30% dos partos de baixo risco ocorrem no domicílio da gestante. A assistência obstétrica é realizada por parteiras que, quando suspeitam que poderá haver complicações no parto, encaminham a parturiente para o hospital. O modelo holandês tem sido usado para indicar que a assistência ao parto fora do hospital e efetuada por parteiras traz bons resultados. (KWEE,2004)

Vigora no Brasil um modelo de atenção ao parto definido como evento médico ou tecnológico, segundo o qual a gestante é tratada como paciente, os nascimentos são, em sua maioria, hospitalares e o médico é o profissional responsável pela sua execução com utilização intensiva de intervenções obstétricas. (DOMINGUES,SANTOS,LEAL 2004)

3.4. INTERVENÇÕES NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

A origem exata da operação cesariana é desconhecida. Os primeiros relatos compreendem, em sua maioria, lendas, sagas e narrativas transmitidas oralmente ou provenientes da mitologia. As primeiras evidências de que a cesárea era realizada começam a surgir em documentos legais da Babilônia (1795-1750 a.C.), da Roma Antiga, como no Lex Regia, ou lei dos reis (716-673 a.C.), e em um conjunto de leis hebraicas conhecidas como Mishna e Talmude (do século II a.C. ao século VI d.C.) . Parecem ser os últimos as primeiras evidências de cesariana em mulher viva. (FEBRASGO, 2010)

As primeiras cesarianas foram realizadas em gestantes mortas. Antes de 1500, a cesariana era realizada em benefício da criança com o sacrifício da mãe, apesar de referências ocasionais a mães que sobreviveram. (FEBRASGO, 2010)

Como a taxa de urbanização aumentou rapidamente na Grã-Bretanha, na Europa e nos Estados Unidos, na virada do século XIX para o XX, houve um aumento na necessidade de cesarianas. Cortes na produção agrícola e pouca exposição à luz solar levaram a uma acentuada elevação na taxa de raquitismo entre as crianças da cidade. Nas mulheres, o crescimento ósseo indevido resultou em malformações pélvicas, que tornavam o parto normal difícil. Como resultado do raquitismo e dos avanços na obstetrícia, a taxa de cesariana aumentou acentuadamente. Na década de 1930, quando o leite, alimento rico em cálcio, tornou-se disponível nas escolas, houve queda na incidência de malformações associadas ao raquitismo. Depois da Segunda Guerra Mundial, de fato, a taxa de cesariana nunca retornou aos níveis baixos registrados antes de raquitismo. (FEBRAGO, 2010)

Com o desenvolvimento da anestesia, no século XIX, associado ao da antissepsia com uso do spray carbólico que, ao ser lançado no ar deixava-o estéril, cujos fundamentos foram demonstrados pelo inglês Joseph Lister, em 1865, e a limpeza das mãos sugerida por Semmelweiss, paralelamente, contribuíram para o sucesso da operação e abriram portas para uma nova era na história da cesariana. (FEBRAGO, 2010)

Dramática melhora na mortalidade materna foi alcançada com a disponibilidade das transfusões sanguíneas, das sulfonamidas, em 1935, da penicilina, em 1941 (vale atentar que esse antibiótico só foi largamente utilizado bem depois da sua descoberta), dos derivados do ergot, em 1932, e da ocitocina sintética, em 1951. Avanços na anestesia também tiveram grande impacto. (FEBRAGO, 2010)

As cesáreas acarretam quatro vezes mais risco de infecção puerperal, três vezes mais risco de mortalidade e morbidade materna, aumento dos riscos de prematuridade e mortalidade neonatal, recuperação mais difícil da mãe, maior período de separação entre mãe/bebê com retardo do início da amamentação e elevação de gastos para o sistema de saúde (CFM, 1997)

As cesáreas a pedido aumentaram 42% nos EUA entre 1999 e 2002, o que motivou a realização de uma conferência sobre esse tema pelo Instituto Nacional de Saúde (NIH) para analisar riscos e benefícios dessa prática. Os participantes declararam que: Há insuficientes evidências para avaliar riscos e benefícios de cesárea a pedido materno quando comparada ao

parto normal, qualquer decisão para realizar cesárea a pedido deve ser cuidadosamente individualizada e contemplar princípios éticos; Devido aos riscos de placenta prévia e acreta (alterações na localização e na aderência da placenta no interior do útero durante a gestação), a cesárea a pedido não é recomendada para mulheres que desejam muitos filhos; Cesárea a pedido não deve ser realizada antes de 39 semanas de gestação ou sem verificação da maturidade fetal pulmonar. (NIH, 2006)

Os dados brasileiros revelam que as taxas de cesariana nos serviços privados são superiores a 80%, número sem correspondente em qualquer outro lugar do planeta. As taxas de mortalidade materna ainda são desproporcionalmente elevadas, considerando-se que nas últimas décadas houve melhoria de inúmeros outros indicadores de saúde das mulheres. Da mesma forma a mortalidade neonatal precoce, que reflete em grande parte a qualidade de assistência obstétrica é o componente da mortalidade infantil que vem apresentando a menor queda nos últimos anos (MAIA, 2010)

Outra intervenção utilizada atualmente na assistência ao parto é a analgesia. Em 1847, o escocês James Young Simpson descobriu as propriedades anestésicas do clorofórmio e, com sucesso, o introduziu para aliviar a dor do parto. Não obteve, a priori, grande aceitação da sociedade que, na época, acreditou que o procedimento era um ato contra a natureza e a vontade de Deus. O assunto só foi superado quando a rainha Vitória foi anestesiada com clorofórmio durante o parto do Príncipe Leopold, em 1853 (FEBRASGO,2010)

E dentre todas as intervenções o uso da episiotomia se tornou mandatório em grande parte dos partos vaginais.

A episiotomia é uma incisão cirúrgica na região da vulva que visa ampliar a abertura da região vulvoperineal no momento do desprendimento da cabeça do bebê, impedindo ou diminuindo, assim, trauma dos tecidos do canal do parto, favorecendo a passagem do concepto e evitando lesões desnecessárias do pólo cefálico submetido à pressão sofrida de encontro ao períneo. (REZENDE, 2008)

De acordo com o Ministério da Saúde (2014) é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados no mundo inteiro, com a alegação de redução da probabilidade de lacerações perineais do terceiro grau, preservação da musculatura perineal e função sexual, além da redução de incontinência fecal e urinária. Alega-se que, sendo uma incisão reta e limpa, a episiotomia pode ser mais fácil de ser reparada e cicatrizar melhor que uma laceração. Para o

recém-nascido, sugere-se que possa diminuir a probabilidade de asfixia, traumatismo craniano, hemorragia cerebral e retardo mental.

Por outro lado, os seus supostos efeitos adversos são: extensão do corte com lesão de esfíncter anal e retal, resultados anatômicos não satisfatórios tais como pregas cutâneas, assimetria ou estreitamento excessivo do introito, prolapso vaginal, fístula reto-vaginal e fístula anal, aumento na perda sanguínea e hematomas, dor e edema locais, infecção, deiscência e disfunção sexual. (BRASIL, 2014)

Baseado em uma filosofia de cuidados que deve enfatizar o uso de práticas baseadas em evidências científicas e custo-efetivas, a episiotomia de rotina deve ser abandonada da prática obstétrica atual. O seu uso pode ser considerado, mas não mandatório, em situações onde os benefícios possam ser maiores que os riscos tais como: distócia de ombro, parto pélvico, fórceps ou extrações a vácuo, variedades de posições posteriores ou em situações onde seja óbvio que a falha da sua realização possa resultar em trauma perineal maior. (BRASIL, 2014)

3.5. POLITICAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA A SAÚDE DA MULHER

Nos últimos anos, pesquisadores, o movimento de mulheres, organizações não governamentais, profissionais de diferentes áreas e uma parte da sociedade civil, tem demonstrado preocupações com as intervenções excessivas e desnecessárias no parto e têm se articulado em um movimento para propor alterações no modelo de assistência ao parto, sobretudo naqueles de baixo risco com o objetivo de devolver às mulheres o protagonismo no momento do parto e nascimento. (DIAS E DOMINGUES, 2005; MAIA, 2010)

O conceito de humanização da assistência ao parto inclui vários aspectos. Alguns estão relacionados a uma mudança na cultura hospitalar, com a organização de uma assistência realmente voltada para as necessidades das mulheres e suas famílias. Modificações na estrutura física também são importantes, transformando o espaço hospitalar num ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadoras da assistência. (DIAS E DOMINGUES, 2005)

Contudo, a humanização da assistência ao parto implica também e, principalmente, que a atuação do profissional respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha desnecessariamente, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, e ofereça o necessário suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê. (DIAS E DOMINGUES, 2005)

Implica também na garantia do direito a escolha informada por parte da gestante, de modo que as equipes possibilitem a ela o acesso a informações baseadas em evidências científicas que permitam que ela tenha condições de escolha. (BRASIL, 2014)

A Organização Mundial de Saúde, desde o início da década de 1980 (OMS, 1985; 1996), tem trazido contribuições importantes para este debate ao propor o uso adequado de tecnologias para o parto e nascimento, com base em evidências científicas que contestam práticas preconizadas no modelo médico de atenção. (DIAS, 2005)

No Brasil, as políticas voltadas para a saúde da mulher fizeram uma importante inflexão a partir de meados dos anos de 1980, quando um novo paradigma, que reivindicava atenção integral em todas as fases da vida, começou a se contrapor ao modelo existente, que privilegiava o binômio mãe-bebê e focava a atenção à mulher apenas no ciclo gravídico e puerperal. Posteriormente, o próprio modelo de atenção à gravidez e ao parto passou a ser questionado. Tanto a reivindicação da atenção à saúde integral quanto a de um novo modelo de

assistência à gravidez e parto têm os mesmos pressupostos: empoderar a mulher; priorizar e promover a saúde; e garantir o livre exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. (MAIA, 2010)

Considerando o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1984, como a pedra fundamental de uma nova lógica para se pensar a assistência à saúde da mulher, muito se avançou na elaboração de políticas públicas dirigidas à saúde da mulher, no País, nos últimos 20 anos, a partir de um marco normativo fortemente influenciado pelo movimento feminista (PAISM, 2006).

Um dos marcos do movimento de institucionalização da humanização do parto no Brasil ocorreu com a criação, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Humanização do Parto em 2002 (BRASIL, 2002).

Com a constituição da Política Nacional de Humanização, em 2003, a temática da humanização do parto passou a ganhar maior relevância institucional à medida que se compreendia que não é possível alterar os modos de cuidado e de atenção sem que se alterem os modos de gestão e organização dos processos de trabalho (BRASIL, 2014).

Esse movimento institucional desembocou em uma importante iniciativa denominada Plano de Qualificação das Maternidades (PQM), que teve como principal objetivo alterar os índices de mortalidade materno-infantil nas regiões Nordeste e Amazônia Legal, experiência amplamente tematizada neste caderno. Pautada pelas experiências de boas práticas em saúde, a PNH em parceria com as Áreas técnicas da Saúde da Mulher e Saúde da Criança e com a sociedade civil organizada, investiu, por meio do PQM, na alteração das práticas de cuidado e dos modos de gestão, produzindo impactos na mortalidade materno-infantil nestas regiões. Essa experiência serviu de modelo para a atual política de constituição de rede perinatal no âmbito do SUS batizado de Rede Cegonha. O atual desenho institucional da Rede Cegonha evidencia a centralidade e a prioridade da pauta do parto e do nascimento no Brasil, objetivando garantir melhor qualidade ao atendimento de bebês e gestantes desde o diagnóstico de gravidez até o pós-parto (BRASIL, 2014).

Essa iniciativa, tomada como uma das prioridades do atual governo, é mais uma demonstração de que as questões políticas que envolvem a assistência ao nascimento no Brasil estão em franca movimentação (DIAS, 2011)

A Rede Cegonha fomenta um novo modelo de atenção ao parto, ao nascimento e à saúde da criança, fundamentada nos princípios da Humanização (BRASIL, 2012) e em

consonância com a Organização Mundial da Saúde (OMS), que desde o início da década de 1980 (OMS, 1985; 1996) tem proposto, com base em evidências científicas, tecnologias para o parto e o nascimento que contestam práticas preconizadas no modelo biomédico de atenção.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996) recomenda que o parto normal não seja medicalizado, e que seu acompanhamento deve se dar com a utilização de um mínimo de intervenções realmente necessárias. Esta assistência deve estar direcionada a reduzir o uso excessivo da tecnologia sofisticada, quando procedimentos mais simples podem ser eficientes.

4. RESULTADOS

**INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO
DE BAIXO RISCO NUMA COORTE DE NASCIMENTO EM SÃO
LUÍS – MA*.**

(*artigo a ser submetido à Revista de Saúde Materno Infantil).

**INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO DE BAIXO
RISCO NUMA COORTE DE NASCIMENTO EM SÃO LUÍS – MA.**

Mayara Pereira da Silva

Pós-graduação em Saúde Coletiva

Departamento de Saúde Pública

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Liberata Campos Coimbra

Pós-graduação em Saúde Coletiva

Departamento de Enfermagem

Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Órgãos Financiadores:

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Maranhão (FAPEMA)

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Programa de Apoio a Núcleos de Excelência (PRONEX)

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)

Endereços para correspondência

Universidade Federal do Maranhão. Departamento de Saúde Pública. Rua Barão de Itapary, 155 – Centro. CEP: 65020-070. São Luís – MA. Brasil.

MP Silva – mayarapreira@gmail.com

LC Coimbra – liberatacoimbra@gmail.com

INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO DE BAIXO RISCO NUMA COORTE DE NASCIMENTO EM SÃO LUÍS – MA.

Mayara Pereira da Silva¹
Liberata Campos Coimbra²

RESUMO

Com o processo de mudança ocorrido na assistência ao parto ao longo dos séculos, a introdução de diversos procedimentos e técnicas acabaram por modificar sobremaneira a experiência da mulher em parir. A pesquisa tem por objetivo analisar o uso de intervenções obstétricas na assistência ao parto de baixo risco em São Luís – MA. Estudo transversal, epidemiológico e descritivo baseado em dados extraídos da pesquisa Fatores Etiológico do Nascimento Pré-Termo e Consequências dos Fatores Perinatais na Saúde da Criança: Coortes de Nascimento em Cidades Brasileiras –(BRISA), estudo de base hospitalar realizado em 2010, com entrevistas de 5.212 mulheres. 90,3% das mulheres com gestação de baixo risco foram submetidas a alguma intervenção obstétrica na assistência ao parto. 41,1% das mulheres foram submetidas a operação cesariana. Dos partos vaginais de baixo risco, 40,4% das mulheres foram submetidas a amniotomia (rompimento artificial da bolsa amniótica), 38,6% usaram ocitocina no trabalho de parto, 63,3% foram submetidas a episiotomia. Constatou-se, que apesar das recomendações baseado em evidência científicas ainda é alto o uso de intervenções durante o parto e nascimento de baixo risco. Assim faz-se necessário comprometimento por parte dos gestores, instituições e profissionais de saúde para que assistência à mulher em trabalho de parto e parto seja conduzida de forma a considerar a fisiologia, buscando uma mudança no modelo de atenção intervencionista vigente.

Palavras-chave: Saúde Materno-Infantil; Trabalho de Parto; Parto; Serviços de Saúde Materna.

1 Enfermeira Obstetra, mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Pública – UFMA, Orientanda.

2 Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Enfermagem – UFMA, Orientadora.

1. INTRODUÇÃO

O nascimento é historicamente um evento natural e fisiológico, porém veio ao longo dos séculos sofrendo intensas modificações sociais, culturais e políticas que o transformaram em um evento médico e patológico.¹

Neste processo de mudança o parto deixa o âmbito domiciliar e adentra as instituições hospitalares, e em consequência, a introdução de diversos procedimentos e técnicas acabam por modificar sobremaneira a experiência da mulher em parir, tornando-a um sujeito passivo sob os cuidados do profissional médico.²

Atualmente a assistência obstétrica se caracteriza pela adoção de alta tecnologia e práticas intervencionistas, como a realização de amniotomia, ocitocina e episiotomia, muitas vezes desnecessárias, que não se traduzem na diminuição da morbimortalidade materna e perinatal¹, isso se reflete, num paradoxo perinatal brasileiro, em que o excesso de tecnologia não resulta em melhora dos indicadores de saúde materno-infantil, como a diminuição da morbimortalidade materna e neonatal.³

Para a OMS a assistência ao parto é caracterizada por um conjunto de práticas que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis e à prevenção da mortalidade materna e perinatal, onde haja o respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis.⁴

O uso rotineiro e desnecessário de intervenções altera o curso fisiológico do parto desencadeando uma cascata de eventos, em que uma intervenção condiciona a realização outra, de maneira sucessiva. Neste processo, o aumento do nível de complexidade do procedimento está associado ao aumento do risco decorrente dele.⁵

Além disso, maioria dos profissionais veem o processo de gestar e parir como algo predominantemente patológico, onde doenças e intercorrências são enfatizadas e as técnicas intervencionistas são consideradas de maior importância. É importante lembrar que a gestação é um processo que geralmente decorre sem complicações e a grávida deveria ser a condutora desse processo.¹

A partir da década de 1970, em reação a este modelo tecnocrata e intervencionista, surge o movimento de humanização da assistência ao parto, com o objetivo de modificar esse cenário e proporcionar a mulher o resgate do parto natural, fisiológico e respeitoso.⁶

As primeiras contribuições para a mudança deste modelo foram estabelecidas com a criação em 1984 do Programa de Atenção Integral a saúde da Mulher (PAISM), que posteriormente se tornou uma Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher e tinha como um dos seus objetivos, prestar uma assistência de qualidade à mulher no ciclo gravídico e puerperal, tendo em vista os princípios de integralidade e humanização.⁷

Este movimento é fortalecido com a criação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna) em 1993, que tem como marco a Carta de Campinas, documento fundador da Rehuna, denunciando as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência ao parto, através da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias que perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto.⁸

Reforçando esse novo modelo de atenção ao parto a OMS lança em 1996 manual de recomendações de tecnologia apropriada para a assistência ao parto, baseado em evidências científicas, que determina o uso seletivo de procedimentos como a episiotomia, amniotomia e uso de ocitocina de rotina. Além disso, traz diversas recomendações úteis e que devem ser estimuladas durante o trabalho de parto e parto.⁶

O uso de tecnologia apropriada para o parto e nascimento, humaniza a assistência, contribui para a desvinculação do parto de um processo patológico, defendendo sua condição de fisiológico, sendo bem sucedido sem as rotinas hospitalares vigentes no modelo hegemônico de assistência ao parto no Brasil, baseado na hospitalização e medicalização, uma vez que as rotinas e intervenções obstétricas impostas pela hospitalização e medicalização interferem negativamente na assistência ao parto.⁹

Diante das recomendações já preconizadas para a assistência ao parto e nascimento e entendendo que as ações realizadas durante este processo determina a experiência vivenciada pela mulher, esse estudo visa a análise da realização de intervenções obstétricas na assistência ao parto de baixo risco nas maternidades de São Luís, acreditando-se que servirá de parâmetro para melhorias na assistência prestada e como instrumento de reflexão para profissionais e instituições na promoção de uma assistência pautada nas evidências científicas e no respeito a fisiologia do parto e nascimento.

2. METODOLOGIA

Tipo do estudo

Trata-se de um estudo transversal, epidemiológico e descritivo, que teve como fonte o banco de dados da pesquisa intitulada “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimento em duas cidades brasileiras” – BRISA, que estuda nascimentos da cidade de São Luís - MA e Ribeirão Preto – SP e foi realizada pelos Departamentos de Saúde Pública, Enfermagem e Medicina III da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) em São Luís e pelo Departamento de Pediatria e Puericultura da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP).

Local do estudo

A pesquisa foi realizada em hospitais de São Luís, capital do estado do Maranhão, localizada no litoral norte do estado, na ilha de Upaon-Açu, entre as baías de São Marcos e São José de Ribamar. Com uma área de 828,01 Km², é a principal cidade da Região Metropolitana Grande São Luís, com uma população de 1.011.943 habitantes (IBGE, 2010). Os hospitais selecionados para a pesquisa foram escolhidos após levantamento de dados registrados no SINASC no ano de 2004, quando foram registrados 18.126 nascimentos de residentes no município de São Luís distribuídos em 16 unidades de saúde. Após esse levantamento foram excluídas da pesquisa aquelas unidades hospitalares com menos de 100 partos por ano (correspondendo a 3.3% de todos os partos hospitalares da cidade de São Luís). Portanto, participaram da pesquisa todos os hospitais públicos e privados do município que registraram 100 ou mais partos por ano em 2004. Os hospitais incluídos no estudo foram: públicos: Hospital Universitário Materno-Infantil, Maternidade Benedito Leite, Maternidade Marly Sarney, Santa Casa de Misericórdia do Maranhão, Maternidade Maria do Amparo, Maternidade Nossa Sra. da Penha, e os privados: Clínica São Marcos, Clínica Luiza Coelho, Hospital Aliança e Clínica São José, totalizando 10 unidades hospitalares.

Período do estudo

O período de estudo foi de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2010, a partir do primeiro parto registrado, que ocorreu às 00 h de 01 de janeiro de 2010, ao último, ocorrido às 00 h do dia 31 de dezembro de 2010 em todas as maternidades participantes da pesquisa.

População e amostra do estudo

A população do estudo foi composta por todos os nascimentos hospitalares ocorridos em 2010 nas unidades de saúde selecionadas para a pesquisa (residentes ou não-residentes, nativos ou natimortos, partos únicos ou múltiplos). O tamanho da amostra foi calculado com base no número de nascimentos hospitalares ocorrido em São Luís no ano de 2004, o que representava 98% de todos os nascimentos ocorridos em São Luís, garantindo uma amostra representativa da população. O tamanho mínimo da amostra foi fixado em 5.000 nascimentos, possibilitando uma estimativa de prevalência por volta de 50%, com uma precisão de 2% e nível de confiança de 99%.

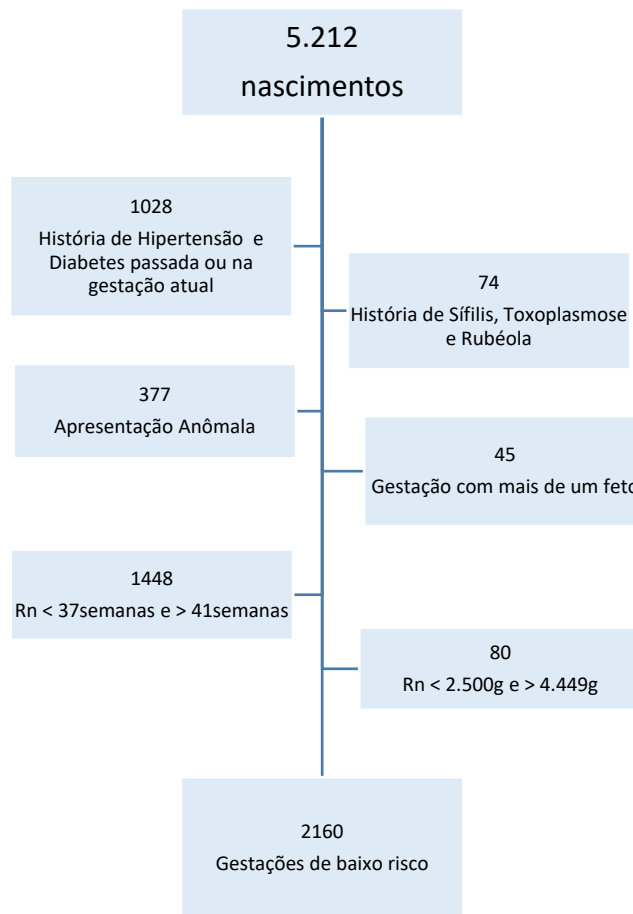
A amostra do estudo foi estratificada por maternidade com quota proporcional ao número de partos e na maternidade foi sistemática. Foi realizada uma listagem de todos os nascimentos ocorridos em cada unidade hospitalar por ordem do nascimento. Todos os nascidos vivos ou mortos eram catalogados através de uma ficha de controle de nascimento. No primeiro dia foi sorteado um início casual entre 1 e 3 para cada hospital ou maternidade. O valor do intervalo amostral foi 3, tendo em vista que o estudo pretendia analisar 1/3 de todos os nascimentos ocorridos em 2010, correspondendo a aproximadamente 6.000 nascimentos segundo os dados do levantamento do SINASC 2004. Somando-se o início casual ao valor do intervalo amostral, e assim sucessivamente, foram sorteados de forma aleatória todos os nascimentos da pesquisa. Ao final, houve uma perda de 6% por recusa das mães em serem entrevistadas e por altas precoces resultando em amostra total de 5.212 nascimentos selecionados aleatoriamente.

Sujeitos da pesquisa

Neste artigo analisamos somente os dados de mulheres de risco obstétrico habitual. Elas foram definidas como mulheres sem história de diabetes ou hipertensão arterial gestacional ou pré-gestacional, duração da gestação de 37 a 41 semanas, gravidez única, com feto em apresentação cefálica, com peso ao nascer entre 2.500g e 4.499g.

Exclusão: história de hipertensão arterial/ hipertensão arterial gestacional (948), de diabetes/diabetes gestacional (79), sífilis (31), rubéola (4), toxoplasmose (49), apresentação anômala (377), nº de fetos > 1 (45), idade gestacional menor que 37 semanas e maior que 41 semanas ao nascer (1.448), peso ao nascer entre 2.500g e 4.499g (80), excluídos nesta sequência. Foram excluídos os casos ignorados.

Fluxograma 1. Processo de seleção da amostra para partos de baixo risco.



No total, a amostra BRISA foi de 5.212, das quais (2.160) 41,44% foram classificadas como de baixo risco. Na análise do tipo de parto todas de baixo risco foram incluídas. Para análise das intervenções durante o parto normal, todas as cesáreas foram excluídas, o que corresponderam a 41,1% ($n = 907$), permanecendo na análise 58,9 % de todas as mulheres classificadas como de risco habitual. Uma vez que o número de puérperas selecionadas para essa análise foi menor que a amostra total do estudo, foi realizado um cálculo amostral, considerando a prevalência de 50% de puérperas recebendo alguma intervenção durante o parto e nível de significância de 5%, o menor tamanho de amostra utilizada neste artigo foi de 884 puérperas para analisar intervenções durante o parto normal. Essa amostra teve um poder de 90% para detectar diferenças de pelo menos 3%. Foi considerado como intervenções durante o trabalho de parto e parto: uso de ocitocina para aceleração do trabalho de parto, amniotomia, episiotomia e cesariana.

Instrumento de coleta dos dados

A entrevista foi realizada por um formulário padronizado aplicado às puérperas (ANEXO A).

Coleta de dados

Os dados foram coletados por grupos de alunos e graduados da área de saúde devidamente treinados, identificados e uniformizados, após a realização de estudo piloto com todas as etapas da pesquisa (Cadastro do nascimento, apresentação do entrevistador, realização das entrevistas, codificação dos questionários, digitação e processamento dos dados) em todas as unidades hospitalares por 24 horas para checagem e ajustes técnicos da pesquisa.

A verificação dos partos ocorreu por turnos, normalmente das 18 horas às 6 horas da manhã, para o primeiro turno, das 6 horas às 18 horas, para o segundo turno. Cada hospital pesquisado possuía número causal de início (número sorteado de 1 a 3) com intervalo de amostragem de 3, isto é, uma a cada três mulheres eram entrevistadas. Foi estabelecida ficha de controle de nascimento e entrevista, que continha o número de ordem do nascimento, nome e endereço da mãe, se era residente ou não no município, data e hora do nascimento, nº de fetos e informação sobre a entrevista (sim ou não), recusa ou alta. As informações do número de partos ocorridos em cada unidade hospitalar eram retiradas do livro de controle de partos da sala de parto e pré-parto pelo entrevistador ou pelo coordenador de grupo de cada unidade hospitalar que checava se todos os nascimentos do turno anterior haviam sido registrados e se as mães já haviam sido entrevistadas. O cadastramento dos nascimentos era feito por ordem de ocorrência, a partir da hora do nascimento.

As entrevistas eram realizadas nas primeiras 24 horas do pós-parto. Após receberem informações detalhadas sobre os objetivos do estudo, caso concordassem em participar, as puérperas assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B) e a entrevista era iniciada, sempre com a leitura das questões pelos entrevistadores a fim de garantir a uniformidade das perguntas. Quando a puérpera recebia alta hospitalar precoce, o entrevistador, após contato com a esta, realizava a entrevista no domicílio, o que resultou em algumas perdas no estudo.

Processamento dos dados

Depois de realizada as entrevistas nas unidades hospitalares, as mulheres eram encaminhadas ao Núcleo de Pesquisa da UFMA em dias também padronizados para digitação

e processamento dos dados. Foram realizadas duas digitações simultâneas e independentes para posterior comparação entre os dois bancos no intuito de corrigir erros de digitação. A correção das inconsistências do banco foi realizada à medida que elas eram detectadas pela equipe da pesquisa.

Análise estatística

A análise descritiva foi realizada no programa estatístico STATA 12.0. Os resultados foram apresentados em forma de tabelas com distribuição de frequência absoluta e relativa.

Aspectos éticos e legais

A pesquisa atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob o protocolo de número 4.771/2008-30 (ANEXO C).

3. RESULTADOS

A amostra total do estudo foi de 5.212 mulheres que após aplicação dos critérios de inclusão para amostra de baixo risco totalizou 2.160 mulheres utilizadas na presente pesquisa.

Caracterizadas por mulheres jovens, com idade média de 25,2 anos. A maioria (80,2%) tinham de 19 a 34 anos de idade, sendo que 12,2% eram adolescente com idade entre 13 a 18 anos. Quanto a escolaridade, 21,3% possuíam de 9 a 11 anos de estudo e 66,5% se declararam pardas. O predomínio de mulheres com companheiro foi destaque, sendo que, apenas 17,7% declararam-se solteiras. Ao analisarmos as condições econômicas, 64,8% não possuíam atividade remunerada, e 42,2% declarou renda familiar menor que 2 salários mínimos (Tabela 1).

Referente às condições obstétricas foi observado que quase a metade das mulheres (41,6%) estiveram grávidas pela primeira vez e 48,3% eram primíparas. Em relação ao número de abortos anteriores, 79,0% verbalizaram nunca ter sofrido abortamento (Tabela 1). A idade gestacional média calculada foi de 39s1d ($\pm 0,14$), segundo o tempo de amenorréia, contados a partir da data da última menstruação.

Analisando as características do parto, o local mais frequente foi na rede pública de saúde (82,5%), e em maternidades de alta complexidade com 55,9% dos partos (Tabela 2).

Em relação as intervenções, 41,1% foram submetidas a cesariana, nesta gravidez (Tabela 2). Entre as mulheres que foram submetidas ao parto normal (1.253) 40,4% verbalizaram a realização de amniotomia, 38,6% receberam ocitocina durante o trabalho de parto e 63,3% foram submetidas a episiotomia (Tabela 3).

4. DISCUSSÃO

O parto e nascimento são eventos fisiológicos da vida reprodutiva da mulher que são influenciados por fatores de natureza biológica, social e econômicas. No presente estudo identificou-se que a maioria das puérperas é predominantemente jovem, com idade média de 25 anos, com 80,23% na faixa etária entre 20 e 34 anos, pertencentes ao grupo de menor risco obstétrico.¹⁰

Os valores referentes a escolaridade, vem em ascensão com 58,2% das mulheres com escolaridade entre 9 a 11, correspondente ao ensino médio. Já em relação a renda familiar, percebeu-se também uma melhora deste indicador, visto que apenas 13,9 % tinham renda menor que um salário mínimo. Esses dados se mostram com valores acima do padrão da população feminina do Brasil trazida pelo Ministério da Saúde que constatou uma população predominantemente de baixa escolaridade e baixa renda, com importantes diferenciais entre as regiões e as áreas urbana e rural.¹¹

Ao observamos as características maternas, 41,6% estavam na primeira gestação e 48,3% vivenciando o parto pela primeira vez. Dados do Ministério da Saúde confirmam a diminuição na taxa de fecundidade e natalidade.¹¹

O presente estudo analisou apenas mulheres de baixo risco, sem intercorrências, tornando ainda mais determinante a análise do uso de intervenções na assistência ao parto, visto que para a maioria destas mulheres o ideal seria passar pelo processo de parir e nascer sem necessitar de intervenções. Porém o que se constatou no estudo foi que apenas 10,7% (231) das mulheres tiveram um parto natural, sem intervenções.

Constatou-se que 41,40% das mulheres com gravidez de baixo risco, deram á luz por cirurgia. O resultado do uso da intervenção cesariana reforça a epidemia em que o Brasil vive, valor três vezes acima do que o preconizado pela OMS que seria um valor máximo em torno de 10 a 15%.

Estudos corroboram esse alto índice de cesariana, chegando a 45,5% na pesquisa nacional, de base hospitalar, realizada mais recentemente, com gestantes de baixo risco.¹² Nos últimos anos a realização deste procedimento é crescente na cidade de São Luís e em todo o Brasil. Na pesquisa de coorte em São Luís de 1997 ¹³ detectou-se um percentual de cesariana equivalente a 23%, quase a metade dos valores atuais. Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde a partir dos dados do IBGE que traçou a tendência da realização de cesariana no Brasil

do ano 2000 a 2010 apontou um crescimento acelerado desta intervenção no Brasil, passando de 38,0% em 2000 para 52,3% em 2010 na população geral.¹¹

Quando analisado as taxas de cesarianas de acordo com o local de atendimento (público, privado), observou-se que na rede pública os índices ainda estão acima dos valores recomendados com 29,9%, e na rede privada 98,7% dos nascimentos foram por cesarianas. Este dado acabou impedindo uma análise das intervenções durante o parto por tipo de atendimento pois apenas 1,3% das mulheres da rede privada tiveram seus filhos por parto normal.

Esse alto índice de cesariana se tornou um dado preocupante mundialmente. Pesquisas já mostraram os efeitos do uso indiscriminado de cesariana, levando a um aumento na prematuridade, baixo peso ao nascer e custos maiores para o sistema de saúde.^{14,15} Estes dados reafirmam a urgência da criação de estratégias efetivas para a diminuição desses índices.

Sabe-se que dependendo do modelo de atenção utilizado para assistência obstétrica, as taxas de cesarianas acabam obtendo novas perspectivas. Em estudo realizado sobre a caracterização das cesarianas em um centro de parto normal intra-hospitalar em São Paulo, foi observado valores bem abaixo da média nacional e dentro do preconizado pela OMS, com 14,9% de realização de cesarianas.¹⁶

Os Centro de Parto Normal foram criados no Brasil em 1998 por meio da Portaria GM 985/99, do Ministério da Saúde, como estratégia para a redução das taxas de cesariana, voltados à assistência ao parto normal de baixo risco, fora do ambiente cirúrgico e com valorização da fisiologia do parto normal, a presença do acompanhante e o contato precoce da mãe com o RN. Além disso a assistência é realizada por enfermeiras obstétricas e obstetrizes e pode ter localização intra-hospitalar, peri-hospitalar ou extra-hospitalar.¹⁷

Estes percentuais são corroborados pela pesquisa de Torres et al que observou uma prevalência de cesariana 1,9 vez maior nos hospitais que assistência centrada no médico, e concluiu que os resultados sugeriam que mudanças baseadas em evidências no modelo de atenção perinatal podem reduzir acentuadamente a prevalência de cesarianas e aumentar a frequência de boas práticas de cuidado neonatal, sem um aumento em desfechos neonatais adversos, em hospitais privados no Brasil.¹⁸

Pesquisa reforça essa perspectiva trazendo que a organização tradicional da assistência ao trabalho de parto no Brasil, centrada no médico, contribui para altas taxas de intervenções na assistência ao parto. A construção de modelo colaborativo com a incorporação

da enfermeira obstétrica ou da obstetriz na assistência direta ao parto, a exemplo de outros países, poderá contribuir na mudança do modelo tecnicista vigente e na melhoria da qualidade da assistência.¹⁹

Em pesquisa realizada sobre as estratégias voltadas para os profissionais para a diminuição de cesáreas desnecessárias, os autores apontam como possibilidades a definição de indicações precisas de cesárea, uso de protocolos e fluxogramas baseados em evidência, a segunda opinião antes da realização da cesárea, o efeito da primeira cesárea, indução de parto e parto vaginal após cesárea, conduta expectante e respeito à fisiologia do parto vaginal, realização de procedimentos benéficos na condução do trabalho de parto e parto, mecanismos de combate à dor e monitorização fetal.²⁰

Estes mesmos autores concluem que é fundamental a conscientização de médicos e demais profissionais das consequências reais dessa atitude, dos desvios éticos quando condutas são tomadas sem que o foco seja exclusivamente a saúde da paciente, e da necessidade de capacitação e atualização constantes para o manejo das mais diversas situações possíveis.

É preciso rever a forma de organização da prática obstétrica para que ocorram mudanças na assistência ao parto, buscando respeitar a fisiologia da mulher e favorecer os interesses de todos os envolvidos.²¹

Entre os partos vaginais houve o uso de 38,64% de ocitocina. Percentuais equivalentes foram encontrados na pesquisa de LEAL et al. (2014) com 38,2%¹² e o estudo de Sheneck e Riesco sobre intervenções no parto de mulheres atendidas em um CPN intra-hospitalar com 44,5% no uso de ocitocina.²² Esses dados também demonstram não estar havendo redução no uso deste procedimento com o decorrer do tempo, mesmo com a recomendação para seu uso restrito pela OMS.

A aceleração do trabalho de parto, através de amniotomia ou ocitocina, tem um papel fundamental na “cascata de intervenção” e sobre a redução da taxa de parto espontâneo.²³ O presente estudo constatou um percentual de 40,40% de amniotomia. Para as duas situações estudo encontrou maior percentual desses procedimentos entre as mulheres atendidas na rede pública e mulheres com menor escolaridade.¹²

A episiotomia foi o procedimento com maior prevalência dentre as intervenções com um valor 63,31%. Altos índices de episiotomia contrariam as diretrizes preconizadas pela

OMS que considera a episiotomia como prática frequentemente utilizada de modo inadequado e que deve ter seu uso limitado. Pesquisas realizadas no Brasil confirmam esse resultado chegando a 76,2% em estudo realizado em um hospital universitário da cidade de São Paulo.²⁴ Porém ao analisarmos estudo sobre a ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiras obstetras esse valor diminuiu para 11,2%.²⁵

No início do uso deste procedimento, foi alegado que a episiotomia era utilizada de modo profilático, tendo como objetivos primordiais a prevenção de traumas perineais, redução da morbimortalidade infantil e diminuição da ocorrência de retocelo e cistocele, além do relaxamento da musculatura pélvica.²⁶ Porém neste período, não foi realizado pesquisas que evidenciassem o seu benefício.

Atualmente as evidências científicas comprovam que o uso rotineiro da episiotomia não reduz o risco de trauma perineal severo (lacerações de 3º e 4º graus), não previne lesões no pólo cefálico fetal e nem melhora os escores de Apgar. Além disto, promove maior perda sanguínea e não reduz o risco de incontinência urinária de esforço, dispareunia e dor perineal após o parto.²⁷ Isso ressalta que os valores encontrados nesta pesquisa não são justificáveis, o que além de não causar benefícios importantes podem se traduzir em riscos e danos.

Em revisão sistemática publicada pela biblioteca Cochrane concluiu que a episiotomia seletiva, se comparada à rotineira em todos os partos vaginais, associou-se a menor risco de trauma de períneo posterior, a menor necessidade de sutura e a menos complicações na cicatrização.²⁷

Neste contexto, percebe-se que ainda falta maneiras mais efetivas para a implantação de um modelo menos intervencionista.

5. Considerações finais

A partir do estudo foi possível identificar uma população predominantemente jovem, parda, com companheiro, a maioria das mulheres sem atividade remunerada, porém com mais de um salário mínimo como renda familiar e com gestação e parto pela primeira vez.

Constatou-se que 90,3% das mulheres foram submetidas a alguma intervenção no parto. 41,40% foram submetidas a operação cesariana, 40,40% realizaram amniotomia, 38,64% utilizaram ocitocina e 63,31% episiotomia, apesar das recomendações já estarem bem evidenciadas na literatura do seu uso restrito.

Entendendo este processo de nascimento como um evento natural, o mesmo exige que seja conduzido levando-se em consideração o mínimo de intervenções possíveis e respaldado nas evidências científicas largamente difundidas, porém ainda não assimiladas pelo cotidiano das instituições que prestam esta assistência ao parto e nascimento.

É fundamental uma mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento no que concerne a sua prática assistencial, com base nas recomendações científicas atuais, bem como numa prática baseada nos direitos das mulheres, com vistas a uma maternidade segura e também prazerosa. Para isto, faz-se necessário o comprometimento por parte dos gestores, instituições e profissionais para que de fato essa mudança ocorra e se fortaleça.

Frente aos resultados obtidos, é importante que outros estudos sejam realizados no intuito de identificar e analisar os fatores relacionados ao uso rotineiro das intervenções nos partos de baixo risco.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF, 2001.
2. DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 75, n. 1, 2001.
3. DINIZ SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev Bras Crescimento e Desenvolvimento Hum.* 2009.
4. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Maternidade Segura. Assistência ao Parto Normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996.
5. SCHNECK CA, RIESCO MLG. Tendências para a assistência ao nascimento: bases para a construção de um novo modelo. *Cad Centro Univ São Camilo*. v. 9, n. 4, 2003.
6. Diniz, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc saúde coletiva*, v. 10, n. 3, 2005.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Brasília-DF, 2014.
8. RATTNER, D., SANTOS, M. L.; LESSA, H.; & DINIZ, S. G. ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. *Revista Tempus Actas Saúde Coletiva*, 2010.
9. CASTILHO SA. O resgate do parto normal: contribuições de uma tecnologia apropriada. Joinville (SC): Univille; 2000.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. 5.ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
11. 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, v.1, 2012.
12. LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de baixo risco. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, 2014.
13. SIMOES, Vanda Maria Ferreira et al. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.37, n.5, Out. 2003.
14. BETTIOL, Heloisa et al. Factors associated with preterm births in southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts born 15 years apart. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, v.14, n.1, 2000.
15. CARNIEL, Emília de Faria et al. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das Declarações de Nascidos Vivos. *Rev. Bras. Epidemiol.* São Paulo, v. 11, n.1, mar. 2008.

16. OSAVA, Ruth Hitomi et al. Caracterização das cesarianas em centro de parto normal. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 6, Dez. 2011.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 985/GM, 5 de agosto de 1999. Regulamentação e funcionamento dos Centros de Parto Normal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999.
18. TORRES, Jacqueline Alves et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. *Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl.1, 2014.
19. VOGT, Sibylle Emilie; DA SILVA, Kátia Silveira; DIAS, Marcos Augusto Bastos. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 2, 2014.
20. HADDAD, Samira El Maerawi T.; CECECATTI, José Guilherme. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 33, n.5, Maio, 2011.
21. D'ORSI, Eleonora et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.39, n.4, Agos. 2005.
22. Schneck CA, Riesco MLG. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de partonormal intra-hospitalar. *REME: Rev Min Enferm.* v. 10, n. 3, 2006.
23. Tracy SK, Sullivan E, Wang YA, Black D, Tracy M. Birth outcomes associated with interventions in labour amongst low risk women: a populationbased study. *Women Birth*, v.20, 2007.
24. OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira V. de; MIQUILINI, Elaine Cristina. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v.39, n. 3, Set. 2005.
25. FIGUEIREDO, Giselle da Silva et al. Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, abr./jun. 2011.
26. Graham ID. Episiotomy: challenging obstetric interventions. London: Blackwell Science; 1997.
27. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software.

Tabela 1. Distribuição da população estudada segundo as características socioeconômicas e maternas. São Luís, Maranhão - 2010.

Características sóciodemográficas e maternas	<i>n</i>	%
Idade		
≤ 18 anos	263	12,2
19-34 anos	1.733	80,2
>34 anos	164	7,6
Escolaridade		
1 - 4 anos	77	16,7
5 - 8 anos	461	21,3
9 - 11 anos	1.258	58,2
12 ou mais	360	3,4
Ignorado	4	0,19
Situação Conjugal		
Casada	497	23,0
União Estável	1.273	58,9
Divorciada/Viúva	7	0,3
Solteira	383	17,7
Atividade Remunerada		
Sim	761	35,2
Não	1.399	64,8
Cor/Raça da pele*		
Branca	421	19,5
Preta	271	12,6
Parda	1.437	66,5
Amarelo/Indígena	30	1,3
Renda Familiar		
< 1 SM	301	13,9
1 a 2 SM	612	28,3
> 2 SM	891	41,3
Ignorado	356	16,5
Gestações		
1	899	41,6
2	629	29,1
3	347	16,1
≥ 4	285	13,2
Paridade*		
1	1.044	48,3
2	663	43,9
≥3	452	7,8
Aborto*		
0	1.706	79,0
1	362	16,8
2	72	3,3
> 2	19	0,9
Nº de consultas Pré-Natal*		
0	18	0,9
1-3	186	9,1
4-6	842	41,2

7 e mais	998	48,8
Total	2.160	100,0

Fonte: BRISA

Salário vigente em 2010 = R\$ 510,00

* Excluído 1 ignorado na variável cor de pele, 1 ignorado na variável paridade, 1 ignorado na variável aborto e 116 ignorados na variável consultas pré-natal.

Tabela 2. Características e intervenções na assistência ao parto de baixo risco em São Luís, Maranhão - 2010.

Características do parto	<i>n</i>	%
Tipo de parto		
Normal	1.253	58,9
Cesárea	907	41,1
Local do parto		
Público	1.782	82,5
Privado	378	17,5
Nível de complexidade da maternidade		
Baixa complexidade	952	44,1
Alta complexidade	1.208	55,9
Total	2.160	100

Fonte: BRISA

Tabela 3. Realização de intervenções obstétricas na assistência ao parto normal de baixo risco em São Luís, Maranhão - 2010.

Intervenções obstétricas no TP e parto normal	<i>n</i>	%
Amniotomia (n=1.240)	501	40,4
Ocitocina (n= 1.237)	303	38,6
Episiotomia (n= 1.240)	785	63,3

REFERÊNCIAS

Agencia Nacional de Saude Suplementar (Brasil). **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

Albers LL. **Overtreatment of normal childbirth in US hospitals**. Birth. 2005.

BETTIOL, Heloisa et al. **Factors associated with preterm births in southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts born 15 years apart**. Paediatric and Perinatal Epidemiology, v.14, n.1, 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 985/GM, 5 de agosto de 1999. **Regulamentação e funcionamento dos Centros de Parto Normal**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

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

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, v.1, 2012.

BRASIL. Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. **Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CFM (Conselho Federal de Medicina). Medicina, Conselho Federal, 1987.

Carroli G, Belizan J. **Episiotomy for vaginal birth** (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software.

CARNIEL, Emília de Faria et al. **Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das Declarações de Nascidos Vivos**. Rev. Bras. Epidemiol. São Paulo, v. 11, n.1, mar. 2008.

D'ORSI, Eleonora et al. **Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.39, n.4, Aug. 2005.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. **Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz**. 2002. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

Domingues RMS, Santos EM, Leal MC. **Aspectos da satisfação das mulheres com assistência ao parto: contribuição para o debate**. Cad Saude Publica. 2004.

FIGUEIREDO, Giselle da Silva et al. **Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar.** Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, abr./jun. 2011.

Gomes UA, Silva AM, Bettiol H, Barbieri MA. **Risk factors for the increasing cesarean section rate in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994.** Int J Epidemiol. v.28, n. 4, 1999.

Grant D. Explaining source of payment differences in U.S. **cesarean rates: why do privately insured mothers receive more cesareans than mothers who are not privately insured?** Health Care Manag Sci. v.8, n.1, 2005.

HADDAD, Samira El Maerawi T.; CECECATTI, José Guilherme. **Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 33, n.5, Maio, 2011.

HOPKINS, Kristine. **Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean?** Social science & medicine, v.51, n.5, 2000.

KALISH, Robin B. et al. Intrapartum elective cesarean delivery: a previously unrecognized clinical entity. **Obstetrics & Gynecology**, v. 103, n. 6, 2004.

Kwee A, Cohlen BJ, Kahnai HH, Bruinse HW, Visser GH. **Caesarean section on request: a survey in the Netherlands.** Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. v. 113, n. 2, 2004.

LEAL, M. do C. et al. **Cesarianas desnecessárias: causas, consequências e estratégias para sua redução.** In: PEREIRA, R. C.; SILVESTRE, R. M. (Org.). Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/2008. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Brasil, 2009.

LEAL, Maria do Carmo et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, 2014.

LOBO, Sheila Fagundes et al. **Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 44, n. 3, Set, 2010.

Maia MB. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. **A institucionalização médica do parto no Brasil.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, Set. 2005

OSAVA, Ruth Hitomi et al. **Caracterização das cesarianas em centro de parto normal.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 6, Dez. 2011.

OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira V. de; MIQUILINI, Elaine Cristina. **Frequência e critérios para indicar a episiotomia.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v.39, n. 3, Set. 2005.

ODENT, Michel. **O camponês e a parteira: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto.** São Paulo: Ground, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Appropriate technology for birth.** Lancet, [S.l.], v. 24, n. 2, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Care in normal birth; a practical guide.** Genebra, 1996.

PAISM: Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Ministério da Saúde, 1984. Jornal da Rede Feminista de Saúde, n. 28, 2006.

PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. **Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 1, fev. 2011 .

Proganti JM, Barreira IA. **A obstetrícia, do saber feminino à medicalização: da época medieval ao século XX.** R Enferm UERJ, 2001.

POTTER, Joseph E. et al. **Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study.** Bmj, v. 323, n. 7322, 2001

TORRES, Jacqueline Alves et al. **Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal.** Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl.1, 2014.

Tracy SK, Sullivan E, Wang YA, Black D, Tracy M. **Birth outcomes associated with interventions in labour amongst low risk women: a populationbased study.** Women Birth, v.20, 2007.

Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, et al. **Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care.** Lancet, 2014.

REZENDE, J. de; MONTENEGRO, C. A. B. – **Obstetrícia fundamental.** 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

SANTOS, M. L. dos. **Humanização da assistência ao parto e nascimento: um modelo teórico.** 2002. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

Seibert SL, Barbosa SR, Barbosa JLS, Santos JM, Vargens OMC. **Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história.** Revista de Enfermagem UERJ. v.13, 2005.

State-of-the-Science Conference Statement on cesarean delivery on maternal request. NIH Consens State Sci Statements. v. 13, n.1, 2006.

SIMOES, Vanda Maria Ferreira et al. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v.37, n.5, Out. 2003.

VELHO, M. B., SANTOS, E. K. A., BRÜGGEMANN, O. M., CAMARGO, B. V. **Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres.** Texto & Contexto Enfermagem, v.21, 2012.

VOGT, Sibylle Emilie; DA SILVA, Kátia Silveira; DIAS, Marcos Augusto Bastos. **Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos.** Revista de Saúde Pública, v. 48, n. 2, 2014.

ANEXOS

ANEXO A - QUESTIONÁRIO DO NASCIMENTO DO PROJETO BRISA

BLOCO A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1A. Número de identificação: _____

1ª casela: 1 Ribeirão Preto

2 São Luís

2ª casela: 1 Pré-natal

2 Nascimento

3 1º ano

3ª casela: M. Avaliação no pré-natal

A. Avaliação no nascimento RN 1

B. Avaliação no nascimento RN 2

C. Avaliação no nascimento RN 3

D. Avaliação no nascimento RN 4

4ª e 5ª caselas: QM. Questionário da mãe

QC. Questionário do RN

SC. Saliva da criança

CO. Cordão umbilical

6ª à 9ª. caselas: número sequencial para cada cidade

2A. Cidade:

1. ☐ Ribeirão Preto

2. ☐ São Luís

3A. Coorte

1. ☐ Iniciada no Pré-natal

2. ☐ Iniciada no Nascimento

4A. Data da Entrevista (DD/MM/AAAA): __/__/____

Entrevistador (a) : _____

5A. Hospital de Nascimento:

SÃO LUÍS	RIBEIRÃO PRETO
1. ☐ HU Materno- Infantil	12. ☐ Hospital das Clínicas
2. ☐ Benedito Leite	13. ☐ Hospital Ribeirânia
3. ☐ Marly Sarney	14. ☐ Hospital São Lucas
4. ☐ Santa Casa	15. ☐ Hospital Santa Lydia
5. ☐ Maria do Amparo	16. ☐ Hospital Santa Casa
6. ☐ N Sra. da Penha	17. ☐ Mater
7. ☐ Clínica São Marcos	18. ☐ H. Sinhá Junqueira
8. ☐ Clínica Luiza Coelho	19. ☐ Hospital São Paulo
9. ☐ Hospital S Domingos	
10. ☐ Hospital Aliança	
11. ☐ Clínica São José	

NUMERO

CIDADE

COORTE

DATAENT

HOSPITAL

6A. Nome completo da mãe do RN (não abreviar):

NOMEMAE

7A. Data de nascimento da mãe do RN (DD/MM/AAAA):

__/__/____

DNMAE

□□□□□□□□

8A. Idade da mãe do RN __

99. ☐ Não sabe

IDADEMAE

□□

9A. Qual a idade do pai do bebê? __

99. ☐ Não sabe

IDADEPAI

□□

BLOCO B – DADOS DE CONTATO

1B. Qual o seu endereço completo? _____

Telefone residencial: ____-____ Outro telefone: ____-____ celular: ____-____

2B. Para facilitar futuros contatos, a sra. poderia nos fornecer o nome, relação de parentesco ou amizade, endereço e telefone fixo ou celular de parentes ou pessoas próximas com quem a sra. tem contato frequente?

Nome da pessoa: _____

Parentesco/Amizade: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: ____-____ Telefone comercial: ____-____ celular: ____-____

Nome da pessoa: _____

Parentesco/Amizade: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: ____-____ Telefone comercial: ____-____ celular: ____-____

3B. A sra. poderia nos fornecer o endereço e o telefone do seu trabalho?

Endereço: _____

Telefone comercial: ____-____ Telefone comercial: ____-____

4B. Se a sra. pretende mudar de cidade, poderia nos informar o nome, endereço e o telefone de contato de algum parente ou alguém que more próximo à sua nova residência?

Nome da pessoa: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: ____-____ Telefone comercial: ____-____ celular: ____-____

BLOCO C – DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

1C. A sra. sabe ler e escrever?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

LERMAE

☐

2C. A sra. frequenta ou frequentou escola?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 6C**
9. ☐ Não sabe

ESCOLMAE

☐

3C. A sra. ainda estuda ?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

MAEESTUDA

☐

4C. Qual foi o último curso que a sra frequentou ou frequenta?

1. ☐ Alfabetização de jovens e adultos
2. ☐ Ensino fundamental ou 1o grau
3. ☐ Ensino médio ou 2o grau
4. ☐ Superior graduação incompleto **Passe para a questão 6C**
5. ☐ Superior graduação completo **Passe para a questão 6C**
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

CURSOMAE

☐

5C. Até que série a sra. frequentou ou ainda frequenta?

1. ☐ Primeira
2. ☐ Segunda
3. ☐ Terceira
4. ☐ Quarta
5. ☐ Quinta
6. ☐ Sexta
7. ☐ Sétima
8. ☐ Oitava
88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

SERIEMAE

☐☐

6C. Qual a cor da sua pele?

1. ☐ branca
2. ☐ preta/negra
3. ☐ parda/mulata/cabocla/morena
4. ☐ amarelo/oriental
5. ☐ indígena
9. ☐ não sabe

CORMAE

☐

7C. Qual a situação conjugal atual da sra.?

1. ☐ Casada
2. ☐ União consensual (Mora junto)
3. ☐ Solteira
4. ☐ Separada/desquitada/divorciada
5. ☐ Viúva
9. ☐ Não sabe

SITCONMAE

☐

8C. Quantas pessoas vivem atualmente na casa onde a sra. mora? (Considere apenas as pessoas que estão morando na casa há pelo menos 3 meses, e que não são temporários, como um tio que está temporariamente vivendo com a sra. por menos de 3 meses ou visitantes). __

99. ☐ Não sabe

PESSOAS

☐☐

9C. A sra. mora atualmente com o marido ou companheiro?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

MORACOMP

☐

10C. A sra. mora atualmente com filhos (biológicos ou não)?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 12C**
9. ☐ Não sabe

MORAFILHO

☐

11C. Caso sim, com quantos filhos? __

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

QTFILHOS

☐☐

12C. A sra. mora atualmente com outros familiares?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 14C**
9. ☐ Não sabe

MORAFAM

☐

13C. Caso sim, com quantos familiares? __

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

QTFAM

☐☐

14C. A sra. mora atualmente com outras pessoas que não são familiares?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 16C**
9. ☐ Não sabe

MORANFAM

☐

15C. Caso sim, com quantos não familiares? __

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

QTNFAM

☐☐

16C. A sra. tem alguma religião ou culto?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

TEMRELIG

☐

17C. Caso tenha alguma religião, qual é a sua religião?

1. ☐ Católica
2. ☐ Evangélica. Ex: Batista, Assembléia de Deus, Bethesda, Universal, Adventista, Testemunha de Jeová, Luterana.
3. ☐ Espírita/Kardecista
4. ☐ Umbanda/Candomblé
5. ☐ Judaica
6. ☐ Orientais. Ex: Budista
7. ☐ Outra, Qual? _____
88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

RELIGIAO

☐☐

18C. A sra. exerce alguma atividade remunerada dentro ou fora de casa?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 26C**
9. ☐ Não sabe

ATIVREM

☐

CASO NÃO TENHA ALGUMA ATIVIDADE REMUNERADA OU NÃO SAIBA, PASSE PARA A QUESTÃO 26C

19C. Qual a sua ocupação (o que faz atualmente no trabalho)?

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

OCUPMAE

☐☐

20C. Qual a sua relação de trabalho?

1. ☐ Trabalha por conta própria
2. ☐ Assalariado ou empregado
3. ☐ Dono de empresa-empregador
4. ☐ Faz bico
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

RELACAO

☐

21C. Quantos dias por semana a sra. trabalhava com remuneração durante a gestação? _

8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

DIATRAB

☐

22C. Nos dias de trabalho remunerado durante a gestação, quantas horas por dia a sra. trabalhava? _ _

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

HORATRAB

☐☐

23C. Durante o seu trabalho, a sra. tinha que ficar em pé a maior parte do tempo?

- 1. ☐ Sim
- 2. ☐ Não
- 8. ☐ Não se aplica
- 9. ☐ Não sabe

TRABPE

☐

24C. Durante o seu trabalho, a sra. tinha que levantar coisas pesadas?

- 1. ☐ Sim
- 2. ☐ Não
- 8. ☐ Não se aplica
- 9. ☐ Não sabe

LEVPESO

☐

25C. Há quantas semanas atrás a sra. parou de trabalhar? __

- 00. ☐ menos de 1 semana
- 88. ☐ Não se aplica
- 99. ☐ Não sabe

PAROUTRAB

☐☐

26C. Na sua casa, quem faz o trabalho de casa para sua família?

- 1. ☐ A sra. faz todo trabalho
- 2. ☐ A sra. faz parte do trabalho
- 3. ☐ Outra pessoa
- 9. ☐ Não sabe

TRABCASA

☐

27C. Quem é a pessoa da família com maior renda atualmente? (considerar chefe da família aquele de maior renda)

- 1. ☐ A entrevistada **Passe para a questão 36C**
- 2. ☐ Companheiro
- 3. ☐ Mãe
- 4. ☐ Pai
- 5. ☐ Avó
- 6. ☐ Avô
- 7. ☐ Madrasta
- 8. ☐ Padrasto
- 9. ☐ Tia
- 10. ☐ Tio
- 11. ☐ Irmã
- 12. ☐ Irmão
- 13. ☐ Outro _____
- 99. ☐ Não sabe

CHEFE

☐☐

28C. Qual o sexo da pessoa da família com maior renda?

1. ☐ Masculino
2. ☐ Feminino
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

SEXOCHEFE

☐

29C. Qual a idade da pessoa da família com maior renda (anos completos)? __

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

IDCHEFE

☐☐

30C. Essa pessoa sabe ler e escrever?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

LERCHEFE

☐

31C. Essa pessoa frequenta ou frequentou escola?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 34C**
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

ESCCHEFE

☐

32C. Qual foi o último curso que essa pessoa frequentou ou frequenta?

1. ☐ Alfabetização de jovens e adultos
2. ☐ Ensino fundamental ou 1o grau
3. ☐ Ensino médio ou 2o grau
4. ☐ Superior graduação incompleto **Passe para a questão 34C**
5. ☐ Superior graduação completo **Passe para a questão 34C**
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

CURSOCHefe

☐

33C. Qual a série que essa pessoa frequenta ou até que série frequentou?

1. ☐ Primeira
2. ☐ Segunda
3. ☐ Terceira
4. ☐ Quarta
5. ☐ Quinta
6. ☐ Sexta
7. ☐ Sétima
8. ☐ Oitava
88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

SERIECHefe

☐☐

34C. Qual a ocupação atual (ou no que trabalha) a pessoa com a maior renda da família? (Descreva a ocupação. Caso seja aposentado, colocar a última atividade que exerceu).

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

35C. Qual a relação de trabalho do chefe da família?

1. ☐ Trabalha por conta própria
2. ☐ Assalariado ou empregado
3. ☐ Dono de empresa-empregador
4. ☐ Faz bico
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

36C. No mês passado quanto ganharam as pessoas da família que trabalham?

1ª pessoa R\$ __. ____, __

2ª pessoa R\$ __. ____, __

3ª pessoa R\$ __. ____, __

4ª pessoa R\$ __. ____, __

5ª pessoa R\$ __. ____, __

A família tem outra renda? __. ____, __

Renda total R\$ __. ____, __

99999. ☐ Não sabe

Quantos itens abaixo a família possui? (circule a resposta)

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou mais

37C. Televisão em cores	0	1	2	3	4
-------------------------	---	---	---	---	---

38C. Rádio	0	1	2	3	4
------------	---	---	---	---	---

39C. Banheiro	0	4	5	6	7
---------------	---	---	---	---	---

40C. Automóvel	0	4	7	9	9
----------------	---	---	---	---	---

41C. Empregada mensalista	0	3	4	4	4
---------------------------	---	---	---	---	---

42C. Máquina de lavar	0	2	2	2	2
-----------------------	---	---	---	---	---

43C. Videocassete ou DVD	0	2	2	2	2
--------------------------	---	---	---	---	---

44C. Geladeira	0	4	4	4	4
----------------	---	---	---	---	---

45C. Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2
---	---	---	---	---	---

OCUPCHEFE

☐☐

RELCHEFE

☐

RENDAF

☐☐☐☐☐

TELEVISAO

☐

RADIO

☐

BANHEIRO

☐

AUTOMOVEL

☐

EMPREGADA

☐

MAQLAVAR

☐

DVD

☐

GELADEIRA

☐

FREEZER

☐

46C. Grau de Instrução da pessoa com maior renda

Analfabeto/Primário incompleto/ Até 3ª Série Fundamental	0
Primário completo/ Até 4ª Série Fundamental/Ginasial incompleto	1
Ginasial completo/ Fundamental completo/Colegial incompleto	2
Colegial completo/ Médio completo/Superior incompleto	4
Superior completo	8

INSTRUCAO

☐**BLOCO D – HÁBITOS DE VIDA****Agora vamos conversar um pouco sobre o consumo de bebida alcoólica.**

1D. Durante a gravidez, a sra. tomou cerveja?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 14D**
9. ☐ Não sabe

CERVEJA

☐

2D. Durante a gravidez, a sra. tomou cerveja nos três primeiros meses de gravidez?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 6D**
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

CERVEJA1T

☐

3D.Quantos dias por semana? __

8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

DIACERV1T

☐

4D.Quanto tomava por dia (número de vasilhas) __ __

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

QTCERV1T

☐☐

5D.Qual o tipo de vasilha?

1. ☐ Copo comum (200ml)
2. ☐ Lata (350ml)
3. ☐ Garrafa pequena (300ml) – long neck
4. ☐ Garrafa (600-720ml)
5. ☐ Outro
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

TIPOCERV1T

☐

6D. Durante a gravidez a sra tomou cerveja dos 4 aos 6 meses de gravidez?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 10D**
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

CERVEJA2T

☐

7D.Quantos dias por semana? _

8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

DIACERV2T

☐

8D.Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

QTCERV2T

☐☐

9D.Qual o tipo de vasilha?

1. ☐ Copo comum (200ml)
2. ☐ Lata (350ml)
3. ☐ Garrafa pequena (300ml) – long neck
4. ☐ Garrafa (600-720ml)
5. ☐ Outro
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

TIPOCERV2T

☐

10D. Durante a gravidez a sra. tomou cerveja dos 7 meses ao final da gravidez?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 14D**
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

CERVEJA3T

☐

11D. Quantos dias por semana? _

8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

DIACERV3T

☐

12D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

QTCERV3T

☐☐

13D. Qual o tipo de vasilha?

1. ☐ Copo comum (200ml)
2. ☐ Lata (350ml)
3. ☐ Garrafa pequena (300ml) – long neck
4. ☐ Garrafa (600-720ml)
5. ☐ Outro
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

TIPOCERV3T

☐

14D. Durante a gravidez a sra tomou vinho?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 27D**

9. ☐ Não sabe

VINHO

☐

15D. Durante a gravidez a sra tomou vinho nos três primeiros meses de gravidez?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 19D**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

VINHO1T

☐

16D. Quantos dias por semana? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

DIAVINHO1T

☐

17D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTVINHO1T

☐☐

18D. Qual o tipo de vasilha?

1. ☐ Copo comum (200ml)

2. ☐ Cálice ou taça (400 ml)

3. ☐ Garrafa pequena (300ml)

4. ☐ Garrafa (600-720ml)

5. ☐ Outro

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

TIPOVINHO1T

☐

19D. Durante a gravidez a sra. tomou vinho dos 4 aos 6 meses de gravidez?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 23D**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

VINHO2T

☐

20D. Quantos dias por semana? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

DIAVINHO2T

☐

21D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTVINHO2T

☐☐

22D. Qual o tipo de vasilha?

1. ☐ Copo comum (200ml)
2. ☐ Cálice ou taça (400 ml)
3. ☐ Garrafa pequena (300ml)
4. ☐ Garrafa (600-720ml)
5. ☐ Outro
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

TIPOVINHO2T

☐

23D. Durante a gravidez a sra. tomou vinho dos 7 meses ao final da gravidez?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 27D**
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

VINHO3T

☐

24D. Quantos dias por semana? _

8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

DIAVINHO3T

☐

25D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

QTVINHO3T

☐☐

26D. Qual o tipo de vasilha?

1. ☐ Copo comum (200ml)
2. ☐ Cálice ou taça (400 ml)
3. ☐ Garrafa pequena (300ml)
4. ☐ Garrafa (600-720ml)
5. ☐ Outro
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

TIPOVINHO3T

☐

27D. Durante a gravidez a sra. tomou algum outro tipo de bebida como uisque, vodka, gim, rum?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 40D**
9. ☐ Não sabe

DEST

☐

28D. Durante a gravidez a sra. Tomou algum outro tipo de bebida como uisque, vodka, gim, rum nos primeiros meses de gravidez?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 32D**
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

DEST1T

☐

29D. Quantos dias por semana? _

8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

DIADEST1T

☐

30D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) __ __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTDEST1T

☐☐

31D. Qual o tipo de vasilha?

1. ☐ Copo comum (200ml)

2. ☐ Cálice, taça (400 ml)

3. ☐ Martelo, copo de pinga (100ml)

4. ☐ Lata (350ml) retirar

5. ☐ Garrafa pequena (300ml)

6. ☐ Garrafa (600-720ml)

7. ☐ Outro

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

TIPODEST1T

☐

32D. Durante a gravidez a sra tomou algum outro tipo de bebida como uisque, vodka, gim, rum dos 4 aos 6 meses de gravidez?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 36D**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

DEST2T

☐

33D.Quantos dias por semana? __

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

DIADEST2T

☐

34D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) __ __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTDEST2T

☐☐

35D. Qual o tipo de vasilha?

1. ☐ Copo comum (200ml)

2. ☐ Cálice, taça (400 ml)

3. ☐ Martelo, copo de pinga (100ml)

4. ☐ Lata (350ml)

5. ☐ Garrafa pequena (300ml)

6. ☐ Garrafa (600-720ml)

7. ☐ Outro

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

TIPODEST2T

☐

36D. Durante a gravidez a sra tomou algum outro tipo de bebida como uisque, vodka, gim, rum dos 7 meses ao final da gravidez?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 40D**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

DEST3T

☐

37D. Quantos dias por semana? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

DIADDEST3T

☐

38D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTDEST3T

☐☐

39D. Qual o tipo de vasilha?

1. ☐ Copo comum (200ml)

2. ☐ Cálice, taça (400 ml)

3. ☐ Martelo, copo de pinga (100ml)

4. ☐ Lata (350ml)

5. ☐ Garrafa pequena (300ml)

6. ☐ Garrafa (600-720ml)

7. ☐ Outro

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

TIPODEST3T

☐

Agora vamos conversar um pouco sobre o hábito de fumar.

40D. A sra. tem ou teve o hábito de fumar cigarros?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 51D**

9. ☐ Não sabe

HABITOFUMO

☐

41D. Com que idade a sra. começou a fumar cigarros? _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

IDADEFUMO

☐☐

42D. Se a sra. parou de fumar, com que idade parou? _ _

88. ☐ Não se aplica ou ainda fuma

99. ☐ Não sabe

IDADEPAROU

☐☐

43D. Se a sra. parou, quantos cigarros por dia em média a sra. costumava fumar? _ _

88. ☐ Não se aplica ou ainda fuma

99. ☐ Não sabe

NCIGPAROU

☐☐

44D. No período de 6 meses antes desta gravidez a sra. fumava?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

FUMOANTES

☐

45D. A sra. fumou durante esta gravidez?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para questão 51D**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

FUMOGRAV

☐

46D. A sra. fumou do 1º ao 3º mês de gestação?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

FUMO1T

☐

47D. A sra. fumou do 4º ao 6º mês de gestação?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

FUMO2T

☐

48D. A sra. fumou do 7º mês de gestação até o final?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

FUMO3T

☐

49D. Durante a gravidez a sra. fumava todos os dias?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

FUMODIA

☐

50D. Quantos cigarros a sra. fumava por dia? ____

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

QTFUMO

☐☐

51D. A sra. convive em casa com outras pessoas que fumam?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 54D**
9. ☐ Não sabe

FUMOCASA

☐

52D. Quantas pessoas que residem com a sra. fumam? _

8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

QTFUMCASA

☐

53D. Estas pessoas fumam perto da sra. em sua casa?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

FUMOPERTO

☐

54D. E no trabalho, as pessoas fumam perto da sra.?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

FUMOTRAB

☐

55D. Caso a sra. tenha ficado próxima a pessoas que fumam, quantas horas por dia fica perto de fumantes?

1. ☐ Menos de 1 hora por dia

HORASFUMO

☐

2. ☐ Mais de 1 hora por dia
 8. ☐ Não se aplica
 9. ☐ Não sabe

Agora vamos conversar um pouco sobre o consumo de café.

56D. A sra. costumava tomar café uma vez ou mais por semana durante a gravidez?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não **Passe para a questão 1E**
 9. ☐ Não sabe

CAFE1T

☐

57D. A sra. costumava tomar café uma vez ou mais por semana nos 3 primeiros meses da gravidez?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não **Passe para a questão 61D**
 8. ☐ Não se aplica

CAFE1T

☐

9. ☐ Não sabe

58D. Quantos dias por semana a sra. tomava café? __

8. ☐ Não se aplica
 9. ☐ Não sabe

DIASCAFE1T

☐

59D. Quantas vezes por dia a sra. tomava café? __

88. ☐ Não se aplica
 99. ☐ Não sabe

VEZESCAFE1T

☐ ☐

60D. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costumava tomar café?

1. ☐ xícara de chá
 2. ☐ xícara de cafezinho
 3. ☐ meia taça
 4. ☐ copo comum – 200 ml
 5. ☐ outro _____
 8. ☐ Não se aplica

QTCAFE1T

☐

9. ☐ Não sabe

61D. A sra. costumava tomar café uma vez ou mais por semana dos 4 aos 6 meses da gravidez?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não **Passe para a questão 65D**

8. ☐ Não se aplica
 9. ☐ Não sabe

CAFE2T

☐

62D. Quantos dias por semana a sra. tomava café? __

8. ☐ Não se aplica
 9. ☐ Não sabe

DIASCAFE2T

☐

63D. Quantas vezes por dia a sra. tomava café? __

88. ☐ Não se aplica
 99. ☐ Não sabe

VEZESCAFE2T

☐ ☐

64D. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costumava tomar café?

1. ☐ xícara de chá
2. ☐ xícara de cafezinho
3. ☐ meia taça
4. ☐ copo comum - 200 ml
5. ☐ outro _____

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

QTCAFE2T

☐

65D. A sra. costumava tomar café uma vez ou mais por semana dos 7 meses ao final da gravidez?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 1E**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

CAFE3T

☐

66D. Quantos dias por semana a sra. tomava café? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

DIASCAFE3T

☐

67D. Quantas vezes por dia a sra. tomava café? __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

VEZESCAFE3T

☐☐

68D. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costumava tomar café?

1. ☐ xícara de chá

2. ☐ xícara de cafezinho

3. ☐ meia taça

4. ☐ copo comum - 200 ml

5. ☐ outro

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

QTCAFE3T

☐

BLOCO E – DADOS DO COMPANHEIRO

Caso o companheiro seja a pessoa com maior renda ou não more junto com a mãe do RN, passe para a questão 1F.

1E. Qual a idade do companheiro atual? __

88. ☐ Não se aplica – não tem companheiro atual

99. ☐ Não sabe

IDCOMP

☐☐

2E. O seu companheiro sabe ler e escrever?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

LERCOMP

☐

3E.O seu companheiro frequenta ou frequentou escola?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 6E**
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

ESCCOMP

☐

4E.Qual o último curso que seu companheiro frequentou ou frequenta?

1. ☐ Alfabetização de jovens e adultos
2. ☐ Ensino fundamental ou 1o grau
3. ☐ Ensino médio ou 2o grau
4. ☐ Superior graduação incompleto **Passe para a questão 6E**
5. ☐ Superior graduação completo **Passe para a questão 6E**
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

CURSOCOMP

☐

5E.Qual a série que seu companheiro frequenta ou até que série estudou?

1. ☐ Primeira
2. ☐ Segunda
3. ☐ Terceira
4. ☐ Quarta
5. ☐ Quinta
6. ☐ Sexta
7. ☐ Sétima
8. ☐ Oitava
88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

SERIECOMP

☐☐

6E.O seu companheiro está trabalhando no momento?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 1F**
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

TRABCOMP

☐

7E. Qual a ocupação atual (ou no que trabalha) o seu companheiro atual? (Descreva a ocupação. Caso seja aposentado, colocar a última atividade que exerceu).

-
88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

OCUPCOMP

☐☐

8E. Qual a relação de trabalho do seu companheiro?

1. ☐ Trabalha por conta própria
2. ☐ Assalariado ou empregado
3. ☐ Dono de empresa-empregador
4. ☐ Faz bico
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

RELCOMP

☐

BLOCO F – DADOS DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

1F. Em que mês de gestação a sra. soube que estava grávida?

—

9. ☐ Não sabe

MESGRAV

☐

2F. Que idade a sra. tinha quando menstruou pela primeira vez? __

99. ☐ Não sabe

IDMENARCA

☐☐

3F. Qual era sua idade quando a sra. teve sua primeira relação sexual? __

99. ☐ Não sabe

IDRELSEX

☐☐

4F. Que idade a sra. tinha quando engravidou pela primeira vez? __

99. ☐ Não sabe

IDGRAV

☐☐

5F. Quantas vezes a sra. engravidou? (incluindo a gravidez atual) Contar todas as gestações até as que não chegaram no final, inclusive abortos. __

99. ☐ Não sabe

GESTA

☐☐

6F. A gravidez atual foi planejada?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

PLANGEST

☐

7F. Quantos filhos nasceram vivos (incluindo o atual)? __

99. ☐ Não sabe

NASCVIVO

☐☐

8F. Qual a idade da sra. no início da gestação anterior? __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

IDULTGEST

☐☐

9F. Quantos partos a sra. teve (incluindo o atual)? __

99. ☐ Não sabe

PARTOS

☐☐

10F. Quantos partos foram cesáreas (incluindo o atual, caso tenha sido cesárea)? __

9. ☐ Não sabe

PARTOCESA

☐

11F. O parto anterior da sra. foi:

1. ☐ Vaginal/Vaginal com fórceps

2. ☐ Cesárea

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

TIPARTOANT

☐

12F. Quantos partos anteriores da sra. foram antes do tempo (premáturos) incluindo o atual? __

9. ☐ não sabe

PARTOANTPT

☐

13F. A sra. teve algum aborto?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para questão 15F**

9. ☐ Não sabe

ABORTO

☐

14F. Caso sim, quantos abortos foram? __

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

QTABORTO

☐

15F. A sra teve algum filho que nasceu morto (incluir atual)?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 17F**

9. ☐ Não sabe

NASCMORTO

☐

16F. Caso sim, quantos foram (incluir atual)? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

QTMORTO

☐

17F. Quantos filhos vivos a sra. tem atualmente? _ _

99. ☐ Não sabe

NFILHOS

☐☐

BLOCO G - MORBIDADES

Agora vamos conversar com a sra. sobre os problemas que teve durante a gravidez.

1G. A sra. teve hipertensão (pressão alta) fora da gestação diagnosticada por médico ou enfermeiro?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

HIPERT

☐

2G. A sra. teve hipertensão (pressão alta) na gestação atual?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

HIPERTGEST

☐

3G. A sra. teve antes da gestação nível elevado de açúcar no sangue (diabetes) diagnosticado por médico ou enfermeiro?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

DIABETES

☐

4G. A sra. teve nível elevado de açúcar no sangue (diabetes) diagnosticado por médico ou enfermeiro durante a gestação?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

DIABGEST

☐

5G. A sra. teve herpes durante a gestação diagnosticado por médico, enfermeiro ou dentista?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

HERPESGEST

☐

6G. A sra. teve sarampo durante a gestação diagnosticado por médico, enfermeiro ou dentista?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

SARAMPGEST

☐

7G. A sra. teve catapora durante a gestação diagnosticado por médico, enfermeiro ou dentista?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

CATAPGEST

☐

8G. A sra. teve rubéola durante a gestação diagnosticado por médico, enfermeiro ou dentista?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

RUBGEST

☐

9G. A sra. teve algum episódio de febre alta (temperatura acima de 38º) que durou mais de 24 horas durante esta gestação diagnosticada por médico, enfermeiro ou dentista?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 11G**
9. ☐ Não sabe

FEBREGEST

☐

10G. Caso sim, quantas vezes? __

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

QTFEBRE

☐☐

11G. A sra. teve anemia antes da gestação diagnosticado por médico ou enfermeiro?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

ANEMIA

☐

12G. A sra. teve anemia diagnosticado por médico ou enfermeiro durante a gestação?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

ANEMIAGEST

☐

13G. A sra. teve toxoplasmose antes da gestação diagnosticado por médico ou enfermeiro?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

TOXO

☐

14G. A sra. teve toxoplasmose diagnosticado por médico ou enfermeiro durante a gestação?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

TOXOGEST

☐

15G. A sra. teve sífilis antes da gestação diagnosticado por médico ou enfermeiro?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

SIFILIS

☐

16G. A sra. teve sífilis durante a gestação diagnosticado por médico ou enfermeiro?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

SIFILISGEST

☐

17G. A sra. teve alguma infecção urinária/ durante a gestação atual diagnosticada por médico ou enfermeiro?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

INFECURI

☐

18G. A sra. teve algum corrimento vaginal durante a gestação atual?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

CORRIMENTO

☐

19G. A sra. sofreu alguma queda ou acidente durante a gestação?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

QUEDA

☐

20G. A sra. teve algum sangramento vaginal nos últimos 3 meses da gestação atual?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

SANGVAGINA

☐

21G. A sra. foi internada alguma vez durante a gestação atual seja por qualquer motivo?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 23G**
9. ☐ Não sabe

HOSP

☐

22G. Qual foi o motivo da internação?

-
88. ☐ Não se aplica
98. ☐ Não sabe

CAUSAHOSP

☐☐

23G. A sra. teve ameaça de aborto na gestação atual?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

AMABORTO

☐

24G. A sra. teve ameaça de parto prematuro (antes do tempo) na gestação atual?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

AMPT

☐

25G. A sra. teve outra doença durante a gestação atual?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 27G**

9. ☐ Não sabe

26G. Qual doença? _____

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

OUTRAD

☐

DOENCAGEST

☐☐

27G. A sra. usou algum remédio durante a gravidez?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para o bloco H**

9. ☐ Não sabe

REMGEST

☐

Caso tenha utilizando, qual o nome do remédio e qual o mês da gestação a sra. Estava quando começou e quando parou (mês da gestação)? Se continua usando, anotar que está em uso?

28G. Remédio

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

NOMEREM1

☐☐

29G. Mês de início_

0. ☐ Usa desde antes da gravidez

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

MESIREM1

☐☐

30G. Mês de término _

10. ☐ Ainda usa

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

MESTREM1

☐☐

31G. Remédio

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

NOMEREM2

☐☐

32G. Mês de Início _

0. ☐ Usa desde antes da gravidez

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

MESIREM2

☐☐

33G. Mês de término _

10. ☐ Ainda usa

88. ☐ Não se aplica

9.9 ☐ Não sabe

MESTREM2

☐☐

34G. Remédio

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

35G. Mês de início _

0. ☐ Usa desde antes da gravidez

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

36G. Mês de término _

10. ☐ Ainda usa

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

37G. Remédio

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

38G. Mês de início _

0. ☐ Usa desde antes da gravidez

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

39G. Mês de término _

10. ☐ Ainda usa

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

40G. Remédio

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

41G. Mês de início _

0. ☐ Usa desde antes da gravidez

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

42G. Mês de término _

10. ☐ Ainda usa

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

NOMEREM3

MESIREM3

MESTREM3

NOMEREM4

MESIREM4

MESTREM4

NOMEREM5

MESIREM5

MESTREM5

BLOCO H – CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO ATUAL E DO PRÉ-NATAL

Pergunte se a puérpera dispõe do cartão da gestante e se está de posse do mesmo. Confirme as respostas no cartão

1H. A sra tem cartão da gestante?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica – não fez pré-natal

9. ☐ Não sabe

CARTAO

☐

2H. Qual a data da sua última menstruação (DD/MM/AA)?

___/___/____

99999999. ☐ Não sabe

DUM

☐☐☐☐☐☐☐☐

3H. Caso não saiba a data, informar o mês/ano: ___/____

888888. ☐ Não se aplica

999999. ☐ Não sabe

MESANOUM

☐☐☐☐☐☐

4H. Qual o seu peso antes de engravidar? ____, __ kg

9999. ☐ Não sabe

PESOANTES

☐☐☐☐

5H. Qual a sua altura antes de engravidar? ____, __ cm

9999. ☐ Não sabe

ALTURAANT

☐☐☐☐

6H. A sra fez pré-natal?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para questão 39H**

9. ☐ Não sabe

PN

☐

7H. Qual a data da primeira consulta pré-natal (DD/MM/AA)?

___/___/____

88888888. ☐ Não se aplica

99999999. ☐ Não sabe

DT1CPN

☐☐☐☐☐☐☐☐

8H. Em que mês de gravidez a sra. iniciou as consultas de pré-natal? __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

MES1CPN

☐☐

9H. Quantas consultas de pré-natal a sra. fez no 1º trimestre de a gestação? __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTCPN1T

☐☐

10H. Quantas consultas de pré-natal a sra. fez no 2º trimestre de a gestação? __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTCPN2T

☐☐

11H. Quantas consultas de pré-natal a sra. fez no 3º trimestre de a gestação? __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTCPN3T

☐☐

12H. O médico ou enfermeiro encaminhou a senhora para fazer tratamento com o dentista durante esta gravidez?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

TRATDEN

☐

13H. Quantas consultas médicas a sra. fez no pré-natal? __

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

QTCPNMED

☐☐

14H. Quantas consultas com enfermeira(o) a sra. fez no pré-natal? __

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

QTCPNENF

☐☐

15H. Quantos exames de radiografia (incluindo radiografias dos dentes) foram feitos durante a gestação atual? __

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

QTEXRADI

☐☐

16H. Em que local a sra. fez o pré-natal?

1. ☐ SUS
3. ☐ Plano de saúde/ seguro saúde
4. ☐ Particular
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

LOCALNP

☐

17H. Qual a data da última consulta pré-natal (DD/MM/AA)?

__ / __ / ____

88888888. ☐ Não se aplica
99999999. ☐ Não sabe

DTUCPN

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

18H. Caso não saiba a data, informar o mês de gravidez aproximado: __

8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

MESUCPN

☐

19H. Quantos exames de ultrassonografia foram feitos durante a gestação atual? __

8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

NUSPN

☐

Durante as consultas de pré-natal o médico ou enfermeira alguma vez:

20H. Solicitou exame de sangue?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

EXSANGUE

☐

21H. Solicitou exame de urina?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

EXURINA

☐

22H. Perguntou a data da última menstruação?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

PDUM

☐

23H. Verificou o seu peso?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

EXPESO

☐

24H. Mediu a sua barriga?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

EXBARRIGA

☐

25H. Receitou Cálcio?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

RECCALCIO

☐

26H. Mediu a sua pressão?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

EXPA

☐

27H. Fez exame ginecológico?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

EXGINEC

☐

28H. Receitou remédio para anemia?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

RECANEMIA

☐

29H. Receitou vitamina?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

RECVIT

☐

30H. Orientou sobre amamentação?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

OAMAMENT

☐

31H. O médico perguntou se a sra. estava usando algum medicamento?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

OMEDIC

☐

32H. Orientou sobre o risco do uso de remédios sem orientação médica durante a gravidez?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

OREM

☐

33H. Orientou sobre como evitar toxoplasmose durante a gravidez? (lavar muito bem frutas e verduras, não comer carne mal passada, evitar contato com gatos, não manipular terra, lavar muito bem as mãos antes das refeições).

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

OTOXO

☐

34H. Examinou o seu seio?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

EXSEIO

☐

35H. Fez exame de prevenção de câncer de colo de útero?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

EXCOLOUT

☐

36H. Fez exame de sangue para sífilis no pré-natal?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

EXSIFILIS

☐

37H. Fez exame de sangue para saber o tipo de sangue?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

EXTIPOSANG

☐

38H. Ofereceu exame de sangue para HIV no pré-natal?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

EXHIV

☐

39H. Você tomou vacina contra o tétano?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 41H**
3. ☐ Já estava vacinada antes da gravidez. **Passe para a questão 41H**
9. ☐ Não sabe

VACTET

☐

40H. Quantas doses de antitetânica a sra. recebeu? _

8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

QTDOSETET

☐

41H. Durante a gestação atual, a sra. recebeu atendimento de auxiliar de enfermagem?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

AUXENFPN

☐

42H. Durante a gestação atual, a sra. recebeu visita do agente de saúde?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

AGSAUDEPN

☐

43H. Durante a gestação atual, a sra. recebeu atendimento de parteira leiga?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

PARTPN

☐

44H. Durante a gestação atual, a sra. recebeu atendimento do programa de Saúde da Família (PSF)?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

PSFPN

☐

45H. Qual o seu peso ao final da gravidez? __ __, __ kg

9999. ☐ Não sabe

PESOFINAL

46H. A sra. fez algum tratamento para engravidar?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 1I**
9. ☐ Não sabe

TRATGRAV

☐

47H. Tomou algum medicamento para induzir a ovulação?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

OVULA

☐

48H. Fez inseminação artificial?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

INSEMINA

☐

49H. Fez fertilização in vitro (bebê de proveta)?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

FERTILIZA

☐

50H. Fez injeção de espermatozóides?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

INJECAO

☐

BLOCO I - CARACTERÍSTICAS DO PARTO E DO NASCIMENTO

1I. Qual foi o tipo de parto?

1. ☐ Normal
2. ☐ Cesárea **Passe para a questão 4I**
3. ☐ Fórceps **Passe para a questão 4I**
4. ☐ Vácuo extração **Passe para a questão 4I**
9. ☐ Não sabe

TIPARTO

☐

2I. Se normal, a sra. fez episiotomia (corte, pique)?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

EPISIO

☐

3I. Quantas horas decorreram entre a internação e o parto normal? __

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

HORASPARTO

4I. Foi feita anestesia nas costas?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

ANESTESIA

☐

5l. Caso cesárea, qual foi o motivo para fazer a cesárea?

1. ☐ sofrimento fetal (batidas do coração do bebê diminuiu / ou o bebê fez cocô dentro da barriga da mãe)
2. ☐ desproporção feto-pélvica (bacia pequena/bebê grande)
3. ☐ distócia de apresentação (bebê sentado/ posição errada)
4. ☐ hemorragia materna (teve sangramento)
5. ☐ parada de progressão (parou trabalho de parto/ pararam as dores)
6. ☐ eclâmpsia, pré-eclâmpsia (pressão alta)
7. ☐ pós-maturidade (passou do tempo)
8. ☐ morte fetal (o bebê morreu)
9. ☐ diabetes materna (açúcar no sangue)
10. ☐ cesáreas anteriores (já fez outra cesárea antes)
11. ☐ laqueadura (para ligar trompas)
12. ☐ mãe pediu (cesárea porque a mãe queria)
13. ☐ médico quis (na hora o médico resolveu fazer cesárea)
14. ☐ cesárea programada (médico marcou durante gravidez)
15. ☐ cirurgias ginecológicas anteriores (Miomectomia, plástica perineal)
16. ☐ outro _____

88. ☐ não se aplica

99. ☐ não sabe

MOTCESA

☐☐

6l. Quantas horas decorreram entre a internação e a cesárea?

--

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

HORASCESA

☐☐

7l. A sra. ligou as trompas?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 9l**

9. ☐ Não sabe

LAQUEADURA

☐

8l. Qual o motivo pelo qual a sra. ligou as trompas?

1. ☐ Já fez muita cesárea

2. ☐ Por problemas de saúde. Qual? _____

3. ☐ Questões financeiras

4. ☐ Já tinha o número de filhos que desejava

5. ☐ Outros _____

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

MOTLAQ

☐☐

9l. O que a sra. sentiu que a fez vir para o hospital?

1. ☐ Sangramento vaginal
2. ☐ Perdeu líquido (água) vaginal
3. ☐ Sentiu contração ou dor ou cólica/ barriga endurecida
4. ☐ Febre/ infecção/infecção urinária
5. ☐ O bebê parou de mexer/ diminuíram movimentos
6. ☐ A vinda foi agendada para esta data
7. ☐ O médico encaminhou
8. ☐ Outro _____
99. ☐ Não sabe

MOTHOSP

☐☐

10l. Caso tenha feito cesárea, quando a sra. internou já sabia que iria fazer cesárea?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

SABIACESA

☐

11l. A sra. passou por outros serviços (maternidades) antes de vir para esse hospital?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 13l**
9. ☐ Não sabe

PEREGRINOU

☐

12l. Caso sim, por quantos serviços passou? _

8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

QTPEREG

☐

13l. Quando a sra. foi hospitalizada estava sentindo as dores do trabalho de parto?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

DORPARTO

☐

14l. O médico precisou romper a bolsa?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

ROMPBOLSA

☐

15l. Foi preciso colocar soro ou outro remédio para começar o trabalho de parto ou para ajudar o bebê a nascer?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 18l**
9. ☐ Não sabe

SORONASC

☐

16l. Qual a medicação utilizada?

- 1. ☐ Vaginal
- 2. ☐ Soro (endovenosa)
- 8. ☐ Não se aplica
- 9. ☐ Não sabe

TIPOMED

☐

17l. Por que foi necessário ajudar o bebê a nascer?

- 1. ☐ Passou do tempo de nascer
- 2. ☐ Pressão alta
- 3. ☐ Rompeu a bolsa
- 4. ☐ Incompatibilidade sanguínea (sangue não combina)
- 5. ☐ O bebê estava morto
- 6. ☐ O médico indicou
- 7. ☐ O trabalho de parto parou
- 8. ☐ Outra razão. Qual? _____
- 88. ☐ Não se aplica
- 99. ☐ Não sabe

MOTAJUDA

☐☐

18l. Quem atendeu ao parto?

- 1. ☐ Médico
- 2. ☐ Enfermeira
- 3. ☐ Auxiliar de enfermagem
- 4. ☐ Parteira leiga
- 5. ☐ Outro
- 9. ☐ Não sabe

QUEMPARTO

☐

19l. O parto foi realizado pelo mesmo médico que fez o pré-natal?

- 1. ☐ Sim
- 2. ☐ Não
- 9. ☐ Não sabe

MEDICO

☐

20l. Qual a categoria de atendimento ao parto?

- 1. ☐ SUS
- 2. ☐ Plano de saúde/ seguro saúde
- 3. ☐ Particular
- 9. ☐ Não sabe

CATP

☐

21l. Na hora do nascimento, quem atendeu o RN na sala de parto?

1. ☐ Médico obstetra
2. ☐ Médico pediatra/neonatologista
3. ☐ Anestesista
2. ☐ Enfermeira
3. ☐ Auxiliar de enfermagem
4. ☐ Parteira leiga
5. ☐ Outro _____
99. ☐ Não sabe

ATENDRN

☐☐

22l. O pediatra falou com a sra na sala de parto antes ou depois que o bebê nasceu?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

PEDIATRA

☐

23l. Número de filhos nascidos no parto: _

9. ☐ Não sabe

FETOS

☐

BLOCO J – EXPOSIÇÃO AO CITOMEGALOVÍRUS (CMV)

1J. Na sua casa morou ou está morando alguma criança?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 8J**
9. ☐ Não sabe

MORACRI

☐

2J. Caso sim, ela tem até três anos de idade?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 8J**
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

CRiate3

☐

3J. Caso tenha até 3 anos de idade, ela morou com a sra. durante a gestação?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

MOROUGEST

☐

4J. Caso a criança não tenha morado com a sra. durante sua gestação, a criança morou com a sra. nos 12 meses anteriores?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

MOROU12M

☐

5J. Essa(s) criança(s) frequentam creches ou escolas?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 8J**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

CRECHE

☐

6J. Quantos dias da semana a(s) criança(s) frequenta(m) a creche ou escola? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

DIASCRECHE

☐

7J. Quantas horas por dia da semana a(s) criança(s) frequenta(m) a creche ou escola? __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

HORACRECHE

☐☐

8J. A sra. realizou algum cuidado direto com crianças de 3 anos ou menores (como trocar as fraldas, dar banhos, alimentar o bebê, etc.)? Incluindo crianças de sua família ou para amigos de seus filhos, ou no seu trabalho durante o ano que antecedeu ou atualmente na sua gravidez?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

CUIDACRI

☐

9J. Caso a sra. tenha realizado algum cuidado direto com crianças de 3 anos ou menores, qual a frequência de cuidados com essa criança?

1. ☐ Menos de 12 vezes no ano

2. ☐ Uma vez por mês

3. ☐ Duas ou mais vezes no mês

4. ☐ Uma vez por semana

5. ☐ Mais de uma vez por semana

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

QTCUIDA

☐

BLOCO K – DADOS DO PRONTUÁRIO

1K. Há registro de administração de ocitocina durante o trabalho de parto?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

OCITOCINA

☐

2K. Horário de início do medicamento (indução): __: __

8888. ☐ Não se aplica 9999. ☐ Não informado

HORAIMED

☐☐☐☐

3K. Horário do término do medicamento (indução): __: __

8888. ☐ Não se aplica 9999. ☐ Não informado

HORATMED

☐☐☐☐

4K. Caso o parto tenha sido cesárea, anotar a indicação da cesárea do prontuário _____

88. ☐ Não se aplica 99. ☐ Não informado

INDICACESA

☐☐

5K. Registro da idade gestacional avaliada pela Ultrassonografia (anotar o primeiro ultrassom) __ semanas

99. ☐ Não informado

IDGESTUS

☐☐

6K. Data da Ultrassonografia __/__/____

99999999. ☐ Não informado

DATAUS

☐☐☐☐☐☐☐☐

BLOCO A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1A. Número de identificação: _____

1ª casela: 1 Ribeirão Preto

2 São Luís

2ª casela: 1 Pré-natal

2 Nascimento

3 1º ano

3ª casela: M. Avaliação no pré-natal

A. Avaliação no nascimento RN 1

B. Avaliação no nascimento RN 2

C. Avaliação no nascimento RN 3

D. Avaliação no nascimento RN 4

4ª e 5ª caselas: QM. Questionário da mãe

QC. Questionário do RN

SC. Saliva da criança

CO. Cordão umbilical

6ª à 9ª. caselas: número sequencial para cada cidade

NUMERO

2A. Cidade:

1. ☐ Ribeirão Preto

2. ☐ São Luís

CIDADE

3A. Data da Entrevista (DD/MM/AAAA):

___/___/___

DATAENT

4A. Entrevistador (a) :

5A. Data do nascimento do RN (DD/MM/AAAA):

___/___/___

DATANASC

6A. Caso tenha nascido mais de um filho, indique qual a sequência de nascimento desse RN?

1. ☐ 1º

2. ☐ 2º

3. ☐ 3º

4. ☐ 4º

5. ☐ 5º

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

ORDEMNAS

7A. Qual o sexo do recém-nascido?

1. ☐ Masculino

2. ☐ Feminino

9. ☐ Não sabe

SEXO

8A. Como nasceu o filho da sra.?

1. ☐ Vivo

2. ☐ Morto

9. ☐ Não sabe

NASC

9A. Qual foi a apresentação do bebê na hora do parto?

1. ☐ Cefálica
2. ☐ Pélvica
3. ☐ Transversa
9. ☐ Não sabe

APRESENT

☐

Caso o RN tenha nascido morto, passe para o Bloco B

10A. Qual nome a sra. pretender dar ao seu bebê?

NOME

11A. O RN apresentou algum problema de saúde?
(perguntar para a mãe e anotar do prontuário)

1. ☐ Sim
2. ☐ Não Passe para a questão 17A
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

PROBLEMA

☐

Caso tenha apresentado problema, nos diga qual foi.

12A.Problema

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

PROB1

☐☐

13A.Problema

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

PROB2

☐☐

14A.Problema

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

PROB3

☐☐

15A.Problema

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

PROB4

☐☐

16A.Problema

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

PROB5

☐☐

17A. Após o nascimento, quando saiu da sala de parto, o RN foi para:

1. ☐ Berço ao lado da mãe
2. ☐ Berçário
3. ☐ Cama da mãe
4. ☐ UTI Neonatal
5. ☐ Outro _____
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

LOCALRN

☐

BLOCO B – DADOS DO PRONTUÁRIO

1B. Horário de nascimento do RN: __:__:__

HORANASC

☐☐☐☐

2B. Apgar 1º minuto: __

99. ☐ Não avaliado

APGAR1

☐☐

3B. Apgar 5º minuto: __

99. ☐ Não avaliado

APGAR5

☐☐

4B. Em caso de nascido morto:

1. ☐ Antes do parto
2. ☐ No momento do parto
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

TIPONASCM

☐

5B. O RN apresentou algum defeito congênito (malformação)?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não Passe para a questão 7B
9. ☐ Não sabe

DEFCONG

☐

6B. Qual foi o tipo de defeito apresentado pelo RN?

1. ☐ Gastrosquise
2. ☐ Onfalocele
3. ☐ Defeitos do tubo neural - meningomielocele
4. ☐ Defeitos do tubo neural - encefalocele
5. ☐ Trato genito-urinário - unilateral
5. ☐ Trato genito-urinário - bilateral
6. ☐ Cardíaco. Qual? _____
7. ☐ Outro _____
88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

TIPODEFCONG

☐☐

ANTROPOMETRIA DO RN

7B. Peso do RN: _ . _ _ _ g

9999. ☐ Não avaliado

PESONASC

8B. Comprimento: _ _ . _ cm

999. ☐ Não avaliado

COMPNASC

9B. Perímetro cefálico: _ _ . _ cm

999. ☐ Não avaliado

PCNASC

10B. Peso da placenta: _ . _ _ _ g

9999. ☐ Não avaliado

PLACENTA

MATERIAL BIOLÓGICO DO RN

11B. Foi feita coleta de tecido do cordão umbilical?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

CORDAO

12B. Foi feita coleta de saliva?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

SALIVA

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PROJETO BRISA



BRISA

BRASILIAN RISK IN SIDS AND Sudden Infant Death Syndrome

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E

ESCLARECIDO

NOME DA PESQUISA: FATORES ETIOLÓGICOS DO NASCIMENTO PRÉ-TERMO E CONSEQUÊNCIAS DOS FATORES PERINATAIS NA SAÚDE DA CRIANÇA: COORTES DE NASCIMENTO EM DUAS CIDADES BRASILEIRAS.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof. Dr. Antônio Augusto Moura da Silva

TELEFONES PARA CONTATO: (98) 3301-9681

PATROCINADOR FINANCEIRO DA PESQUISA: FAPESP, CNPQ e FAPEMA.

OBJETIVOS DA PESQUISA:

Somos um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e estamos realizando uma pesquisa para entender o que faz os bebês nascerem antes do tempo (prematurados). Essa pesquisa está sendo realizada em Ribeirão Preto, estado de São Paulo, e em São Luís, estado do Maranhão. Para isso, precisamos de algumas informações tanto de bebês nascidos antes do tempo como de bebês nascidos no tempo normal, para comparação. Convidamos você a participar desta pesquisa e pedimos que autorize a participação do seu bebê.

Este é um formulário de consentimento, que fornece informações sobre a pesquisa. Se concordar em participar e permitir que seu bebê participe da pesquisa, você deverá assinar este formulário.

Antes de conhecer a pesquisa, é importante saber o seguinte:

- Você e seu bebê estão participando voluntariamente. Não é obrigatório participar da pesquisa.
- Você pode decidir não participar ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Esta pesquisa está sendo conduzida com mulheres que derem à luz nos hospitais das duas cidades, Ribeirão Preto e São Luís, para avaliar como o seu modo de vida e sua saúde durante a gravidez e as condições durante o parto influenciam as condições do nascimento.

O QUE DEVO FAZER PARA EU E MEU BEBÊ PARTICIPARMOS DESTA PESQUISA?

Após o parto, quando você estiver se sentindo disposta, você responderá a um questionário sobre as condições do parto, além de perguntas sobre hábitos e condições de vida. Também coletaremos uma amostra da saliva do seu bebê para realizar exame para detecção de citomegalovírus com um cotonete que será colocado durante alguns segundos embaixo da língua da criança até esse ficar molhado. O exame informará se o seu bebê foi

contaminado e desenvolveu proteção contra esse vírus. A infecção por esse vírus, na maior parte das vezes, não causa sintomas no bebê, mas em algumas situações pode afetar a audição.

QUAIS SÃO OS RISCOS DA PESQUISA?

Os profissionais que realizarão as entrevistas e os exames são treinados para as tarefas.

HÁ VANTAGENS EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA?

Conhecer os fatores que podem favorecer o nascimento antes do tempo poderá ajudar você, em futuras gestações, ou outras pessoas que possam vir a ter risco de parto prematuro.

Também será possível detectar se seu bebê foi infectado pelo citomegalovírus na gestação e o acompanhamento ao longo da vida poderá detectar precocemente problemas relacionados com essa infecção. Outros problemas que forem eventualmente detectados ao nascimento serão encaminhados para tratamento.

Além disso, a sua participação vai nos ajudar a entender alguns problemas de saúde que poderão ser prevenidos no futuro. Quando este estudo acabar, os resultados serão discutidos com outros pesquisadores e divulgados para que muitas pessoas se beneficiem desse conhecimento.

E A CONFIDENCIALIDADE?

Os registros referentes a você e ao bebê permanecerão confidenciais. Você e o bebê serão identificados por um código e suas informações pessoais não serão divulgadas sem sua expressa autorização. Além disso, no caso de publicação deste estudo, não serão utilizados seus nomes ou qualquer dado que os identifique.

As pessoas que podem examinar seus registros são: **o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão e a equipe de pesquisadores e os monitores da pesquisa.**

O QUE FAÇO EM CASO DE DÚVIDAS OU PROBLEMAS?

Para solucionar dúvidas relativas a este estudo, entre em contato com: Dr. Antônio Augusto Moura da Silva ou Dr. Raimundo Antonio da Silva nos telefones (98) 3301-9681 ou no endereço Rua Barão de Itapary, 155 Centro – São Luís (MA).

Para obter informações sobre seus direitos e os direitos de seu bebê como objeto de pesquisa, entre em contato com o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão pelo telefone 2109-1250 ou no Hospital Universitário (HUUFMA) Rua Barão de Itapary, 227 - 4º andar, Centro – São Luís (MA).

Se você entendeu a explicação e concorda voluntariamente em participar deste estudo, por favor, assine abaixo. Uma via ficará com você e a outra com o pesquisador responsável. Agradecemos muito a sua colaboração.

ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA DO HUPD

ANEXO E – Parecer Comissão de Ética em Pesquisa do HUPD



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº223/2009

Pesquisador (a) Responsável: Antônio Augusto Moura da Silva
Equipe executora: Antônio Augusto Moura da Silva, Marco Antonio Barbieri, Heloisa Bottiol, Fernando Lamy Filho, Liberata Campos Coimbra, Maria Teresa Seabra S.B. e Alves, Raimundo Antonio da Silva, Valdinar Sousa Ribeiro, Vania Maria de Farias Aragão, Wellington da Silva Mendes, Zeni Carvalho Lamy, Mari Ada Conceição Saraiva, Alcione Miranda dos Santos, Arlene de Jesus Mendes Caldas, Cecília Claudia Costa Ribeiro, Silma Regina P. Martins, Flávia Raquel F. Nascimento, Marília da Glória Martins, Virginia P.L. Ferriani, Marisa Márcia M. Pinhata, Jacqueline P. Monteiro José S. Camelo Junior, Carlos Eduardo, Martinelli Junior, Sonir Roberto R. Antonini e Aparecida Yulie Yamamoto

Tipo de Pesquisa: Projeto Temático

Registro do CEP: 350/08 Processo 4771/2008-30

Instituição onde será desenvolvido: Hospital Universitário, Maternidade Mary Sarnley, Clínica São Marcos, Maternidade Benedito Leite, Maternidade Maria do Amparo, Santa Casa de Misericórdia do Maranhão, Maternidade Nazira Assub, Clínica São José e Clínica Luiza Cogliho

Grupo: III

Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia **20.03.08** o processo nº **4771/2008-30**, referente ao projeto de pesquisa: **"Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde de criança: coortes de nascimento em duas cidades brasileiras"**, tendo como pesquisadora responsável Antônio Augusto Moura da Silva, cujo objetivo geral é **"Investigar novos fatores na etiologia da prematuridade, utilizando-se abordagem integrada e colaborativa em duas cidades brasileiras numa coorte de conveniência, iniciada no pré-natal"**.

Tendo apresentado pendências na época de sua primeira avaliação, veio em tempo hábil supri-las adequada e satisfatoriamente de acordo com as exigências das Resoluções que regem esse Comitê. Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65.020-070 São Luís - Maranhão Tel. (98) 2109-1250
E-mail: cep@hupma.br