



“Nascer Saudável”

Questionário Hospitalar – Puérpera

2017



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Unidade hospitalar |__|__|

- 01 Hospital Regional Unimed - Fortaleza
- 02 Complexo Hospitalar Niterói - Niterói
- 03 Hospital Pasteur - Rio de Janeiro
- 04 Vitória Apart - Serra
- 05 Centro Hospitalar Joinville - Joinville
- 06 Hospital Moinhos de Vento - Porto Alegre
- 07 Hospital São Lucas de Santos - Santos
- 08 Hospital da Luz - São Paulo
- 09 Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo
- 10 Hospital Nipo-Brasileiro - São Paulo
- 11 Hospital Rede D'or São Luiz - Unidade Itaim -São Paulo
- 12 Hospital Sepaco - São Paulo

Estado _____

Cidade: _____

Nome do entrevistador: _____

Número da Mãe na lista única |__|__|__|__|

QUESTIONÁRIO HOSPITALAR - PUÉRPERA

RECORD ID |__|__|__|__|__|__|

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

I. DADOS INICIAIS DO QUESTIONÁRIO

1. Horário de início da entrevista __ __ __: __ __	2. Data Entrevista __ __ __ / __ __ __ / __ __ __										
3. Data do parto __ __ __ / __ __ __ / __ __ __											
4. Nº do prontuário da mãe __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __											
5. Tipo de gestação	<table border="1"> <tr> <td>1. Única</td> <td>2. Gemelar (dois)</td> <td> __ </td> </tr> </table>	1. Única	2. Gemelar (dois)	__							
1. Única	2. Gemelar (dois)	__									
6. Condição do recém-nascido	<table border="1"> <tr> <td>1. Vivo</td> <td>2. Natimorto</td> <td>3. Óbito Neonatal</td> <td>9. Não soube informar</td> <td>1º __ </td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td>2º __ </td> </tr> </table>	1. Vivo	2. Natimorto	3. Óbito Neonatal	9. Não soube informar	1º __					2º __
1. Vivo	2. Natimorto	3. Óbito Neonatal	9. Não soube informar	1º __							
				2º __							
7. Nome do Recém-nascido											
1º _____											
2º _____											
8. Nome completo da puérpera: _____											

III. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

“Agora vou lhe fazer perguntas para saber se você já esteve grávida outras vezes antes da gravidez do **(nome do bebê)** e o que aconteceu em cada uma delas.”

20. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê) , quantas vezes você ficou grávida, incluindo alguma perda ou aborto com menos de 5 meses de gestação? (Se 00, vá para a 36)	_ _ _
21. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê) , você teve algum aborto ou perda com menos de 5 meses de gravidez? Se Sim, quantos? 0. Não (vá para a 23)	_
22. Quantas perdas ou abortos foram espontâneos?	_ _ _
23. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê) , quantos partos você já teve de gestações com mais de 5 meses? (Se 00, vá para 36)	_ _ _
24. Que idade você tinha quando teve seu primeiro parto?	_ _ _
25. Qual foi a data do seu último parto, antes do nascimento do (a) (nome do bebê) ?	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _ _
26. E quantos desses partos foram normais (incluindo partos à fórceps e vácuo) ?	_ _ _
27. E quantos desses partos foram cesarianas? (Se 00, vá para 31)	_ _ _

<p>28. Qual foi a data da sua última cesariana, antes do nascimento do (a) (nome do bebê)?</p>	<p> _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _ _ </p>
<p>29. Qual foi o motivo da última cesariana que você teve antes do nascimento do (nome do bebê)? (Não ler as opções)</p> <p>01. Já tinha cesárea anterior</p> <p>02. Não queria sentir a dor do parto normal</p> <p>03. Bebê estava enrolado no cordão</p> <p>04. Bebê estava sentado/ atravessado</p> <p>05. Bebê era grande</p> <p>06. Não tinha passagem/ não teve dilatação/bebê não desceu/ não encaixou</p> <p>07. Bebê passou do tempo</p> <p>08. Sofrimento do bebê</p> <p>09. Pouco líquido na bolsa (amniótico)</p> <p>10. Problema de pressão alta</p> <p>11. Problema de diabetes</p> <p>12. Outra razão não citada (responda a 30)</p>	<p> _ _ </p>
<p>30. Que razão? _____</p>	
<p>31. Antes da gravidez do (a) (nome do bebê), algum filho nasceu morto com 5 meses ou mais de gestação ou pesando mais de meio quilo?</p>	<p> _ _ </p>
<p>32. Antes da gravidez do (a) (nome do bebê), quantos filhos nasceram vivos? (incluir aqueles que faleceram logo após o nascimento)</p> <p style="text-align: right;">(Se 00, passar para a questão 35)</p>	<p> _ _ </p>

33. Antes desta gravidez algum filho nasceu vivo e faleceu com menos de 1 mês de vida?	_ _ _
34. Antes desta gravidez algum filho nasceu vivo e faleceu com mais de um mês e menos de 1 ano de vida ?	_ _ _
35. Antes da gravidez do (a) (nome do bebê) , algum filho nasceu prematuro (antes do tempo)?	_ _ _
36. Você já fez alguma cirurgia no útero (por exemplo, para retirar mioma, micro cesárea para interromper gravidez, para corrigir infertilidade, para tratar perfuração pós-aborto, ou por outra causa?) <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	_

IV. PRÉ-NATAL

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

37. Quando ficou grávida, você: (ler as opções) <p style="text-align: right;">1. Pretendia engravidar naquele momento 2. Pretendia esperar mais tempo 3. Não pretendia engravidar</p>	_
38. Como você se sentiu quando soube que estava grávida do (a) (nome do bebê)? (ler as opções) <p style="text-align: right;">1. Satisfeita 2. Mais ou menos satisfeita 3. Insatisfeita</p>	_

<p>39. Você fez algum tratamento para engravidar nesta gestação</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p> <p style="text-align: right;">(Se 0, passar para a questão 42)</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>40. Qual?</p> <p>1. Remédio (comprimido) para estimular ovulação</p> <p>2. Inseminação artificial</p> <p>3. Fertilização in vitro</p> <p>4. Outro (responda a 41)</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>41. Qual outro tratamento? _____</p>	
<p>42. Qual a data da sua última menstruação (antes do parto)? (Se não souber informar dia, mês ou ano, passar para a questão 44. Quando não souber informar o dia, colocar 99).</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ / _ _ / _ _ / _ _ </p>
<p>43. Você tem certeza dessa data?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>44. Quantas consultas de pré-natal você fez durante a gravidez do (a) (nome do bebê)?</p> <p>(Caso a gestante tenha mudado de unidade ou tenha frequentado pré-natal em mais de um serviço, considerar o total de consultas. Se não tiver realizado nenhuma consulta de pré-natal, passar para a questão 60.)</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p>
<p>45. Com quantas semanas ou meses de gravidez você começou o pré-natal?</p> <p>(Se souber informar semanas, não registrar meses.)</p>	<p>45.1 _ _ semanas</p> <p>45.2 _ meses</p>

<p>46. Onde foram realizadas as consultas do pré-natal da gravidez do(a) (nome do bebê)? (Ler as opções. Só colocar dois serviços se o número de consultas for igual nos dois)</p> <p>1. No hospital onde fez o parto</p> <p>2. No consultório particular</p> <p>3. No ambulatório/consultório do plano de saúde</p> <p>4. No serviço público</p> <p>5. Outros</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>47. Qual profissional de saúde atendeu você durante as consultas do pré-natal da gravidez do(a) (nome do bebê)?</p> <p>1. Médico 2. Enfermeiro 3. Outro 9. Não sabe informar</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>48. Durante a gestação do (a) (nome do bebê), você obteve informações (por você mesmo ou através de outros: (ler as opções))</p>	
<p>48.1 Como começa o trabalho de parto?</p> <p>0. Não 1. Sim</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>48.2 Sinais de risco na gravidez que devem fazer você procurar um serviço de saúde?</p> <p>0. Não 1. Sim</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>48.3 Sobre coisas que você poderia fazer durante o trabalho de parto para facilitar o nascimento do bebê (ex: andar, tomar banho, posições para o parto, formas de diminuir a dor, etc)?</p> <p>0. Não 1. Sim</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

<p>51. Pelo o que você entendeu na gravidez, você diria que, para uma gestação sem complicações: (ler as opções)</p> <p style="text-align: center;">1. O parto normal é mais seguro para a mãe e bebê</p> <p style="text-align: center;">2. A cesárea é mais segura para a mãe e bebê</p> <p style="text-align: center;">3. Tanto o parto normal quanto a cesárea são seguros para a mãe</p> <p style="text-align: center;">4. Não ficou esclarecida</p>	<input type="checkbox"/>
<p>52. Você foi considerada gestante de risco?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>53. Antes da internação atual você foi internada alguma vez durante a gravidez do (a) (nome do bebê)?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 54) 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>53.1 Por qual motivo?(não ler as opções)</p> <p>01. Hipertensão/pré-eclâmpsia</p> <p>02. Sangramento</p> <p>03. Ameaça de parto prematuro</p> <p>04. Infecção urinária</p> <p>05. Diabetes</p> <p>06. Outros (responda 53.2)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>53.2 Qual motivo? _____</p> <hr/>	

<p>54. Você sabia que este hospital participa de um projeto chamado Parto Adequado?</p> <p>0. Não (vá para 59) 1. Sim</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>55. Como você soube?</p> <p>1. Profissional responsável pelo pré-natal</p> <p>2. Operadora de plano de saúde</p> <p>3. Amigas</p> <p>4. Mídia</p> <p>5. Outros (responda 55.1)</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p> <p style="text-align: right;"> _ </p> <p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>55.1 Especifique: _____</p> <p>_____</p>	
<p>56. Durante a gestação do (a) (nome do bebê), você foi orientada a procurar este hospital/ maternidade para ter o parto?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 58) 1. Sim</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>57. Quem forneceu essa orientação?</p> <p style="text-align: right;">1. Profissional do pré-natal</p> <p style="text-align: right;">2. Operadora de plano de saúde</p> <p style="text-align: right;">3. Outros (responda 57.1)</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p> <p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>57.1 Especifique: _____</p> <p>_____</p>	

62. Durante a visita você:	
62.1 Foi informada sobre situações de saúde que levariam a sua internação para o parto? 0. Não 1. Sim	__
62.2 Foi informada sobre a equipe de saúde que iria lhe atender no momento da internação? 0. Não 1. Sim	__
62.3 Visitou os locais em que ficaria durante o trabalho de parto e parto? 0. Não 1. Sim	__
62.4 Foi informada que você tem direito a um acompanhante sem pagar por isso? 0. Não 1. Sim	__
63. A visita ao hospital lhe ajudou a ficar mais tranquila quanto ao seu parto? (Ler opções) 1. Ajudou muito 2. Ajudou um pouco 3. Nem ajudou nem atrapalhou 4. Atrapalhou 5. Sem opinião formada	__
64. A maternidade que você visitou foi essa, onde ganhou o seu bebê? 0. Não (responda a 64.1) 1. Sim	__
64.1 Por que? _____ _____	

<p>65. Este hospital ofereceu a possibilidade de participar de um grupo de gestantes durante sua gestação?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para o bloco V) 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>66. Você participou deste grupo?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>

V - DECISÃO SOBRE O TIPO DE PARTO

<p>67. No começo da gravidez do (a) (nome do bebê), que tipo de parto você queria ter?</p> <p>1. Parto normal</p> <p>2. Cesariana</p> <p>3. Não tinha preferência alguma (vá para o bloco VI)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>68. O que você acha que pôde ter influenciado a sua preferência, no começo da gravidez, em relação ao tipo de parto? (Não ler as opções)</p> <p>01. Histórias de parto de sua família e/ou de suas amigas</p> <p>02. O medo da dor do parto normal</p> <p>03. Queria ligar as trompas</p> <p>04. O medo da cesariana</p> <p>05. Experiência anterior positiva com parto normal</p> <p>06. Experiência anterior positiva com cesariana</p> <p>07. Experiência anterior negativa com parto normal</p> <p>08. Experiência anterior negativa com cesariana</p> <p>09. Parto normal é melhor que cesariana</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p>

<p>10. Melhor recuperação no parto normal</p> <p>11. Para poder marcar a data</p> <p>12. Informação sobre o tipo de parto</p> <p>13. Outros (responda a 68.1)</p>	<p> _ _ </p> <p> _ _ </p> <p> _ _ </p>
<p>68.1 Quais? _____</p> <p>_____</p>	
<p>69. Ao longo da gravidez do (a) (nome do bebê) a sua preferência sobre o tipo de parto mudou?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para o bloco VI) 1. Sim</p>	<p> _ </p>
<p>70. O que influenciou essa mudança?</p> <p style="text-align: right;"> 1. Tive problemas de saúde 2. Influência de familiares amigos 3. Medo do parto normal 4. Medo da cesariana 5. Informações recebidas do médico 6. Informações recebidas de outras fontes 7. Outros </p>	<p> _ </p>
<p>70.1 Especifique: _____</p> <p>_____</p>	

VI. ADMISSÃO NA MATERNIDADE

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

<p>71. Quando chegou ao hospital para esta internação você estava com contrações dolorosas?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 72) 1. Sim</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>71.1 Com que frequência? (Ler opções)</p> <p style="text-align: center;">1. Mais de uma contração a cada 5 minutos</p> <p style="text-align: center;">2. Uma contração a cada 10 minutos</p> <p style="text-align: center;">3. Uma contração em intervalos maiores de 10 minutos</p> <p style="text-align: right;">9. Não sabe informar</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>72. Quantos centímetros de dilatação você tinha na hora da internação?</p>	<p style="text-align: center;"> __ __ cm</p>
<p>73. Quando você chegou no hospital, sua bolsa estava rompida?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>74. O motivo desta internação foi alguma complicação de saúde?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 75) 1. Sim</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>

<p>74.1 Qual?</p> <p>1. Pressão alta (Pre-eclampsia, Eclampsia, HELLP)</p> <p>2. Diabetes</p> <p>3. Sangramento</p> <p>4. Placenta prévia/ baixa</p> <p>5. Infecção</p> <p>6. Problemas relacionados ao bebê</p> <p>7. Outros</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>74.2 Qual? _____</p> <p>_____</p>	
<p>75. Você internou para cesárea agendada?</p> <p>0. Não 1. Sim</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

VII. TRABALHO DE PARTO

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

<p>76. Você ficou internada em trabalho de parto aqui no hospital? (Ler opções)</p> <p>0. Não, pois não entrei em trabalho de parto (vá para 86)</p> <p>1. Não, já cheguei com o bebê nascendo (vá para 86)</p> <p>2. Não, pois internei para fazer cesárea (vá para 86)</p> <p>3. Sim</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
--	---------------------------------

<p>77. Quem acompanhou seu trabalho de parto? (ler as opções)</p> <p style="text-align: right;">1. Enfermeira <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">2. Médico <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">(se apenas médico, passar para Questão 77.2)</p>	
<p>77.1. Essa enfermeira (Ler as opções)</p> <p>1. Estava de plantão <input type="checkbox"/></p> <p>2. Era da equipe de pré-natal <input type="checkbox"/></p>	
<p>77.2. Esse médico (Ler opções)</p> <p>1. Estava de plantão <input type="checkbox"/></p> <p>2. Era seu médico do pré-natal e veio para o hospital após ser contatado <input type="checkbox"/></p> <p>3. Era da equipe do seu médico de pré-natal e veio para o hospital após ser contatado</p>	
<p>78. Seu trabalho de parto foi induzido? Ou seja, usaram algum remédio, soro ou sonda para iniciar o seu trabalho de parto?</p> <p style="text-align: right;">0. Não <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">1. Sim, comprimidos na vagina <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">2. Sim, soro <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">3. Sim, sonda <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">9. Não sabe informar</p>	
<p>79. Você consumiu algum líquido ou alimento durante seu trabalho de parto? (Ler opções)</p> <p style="text-align: center;">0. Não, não foi oferecido 1. Não, porque não quis 2. Sim <input type="checkbox"/></p>	

<p>80. Quando você estava no trabalho de parto, foi colocado soro na veia?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 82) 1. Sim</p>	_
<p>81. Foi posto no soro um medicamento para aumentar as contrações (ocitocina)?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim 9. Não soube informar</p>	_
<p><u>Essa pergunta só deve ser feita caso a bolsa não tenha rompido antes da internação</u></p> <p>82. Romperam a bolsa depois que você chegou aqui no hospital? (ler as opções)</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 83) _ </p> <p style="text-align: right;">1. Sim</p> <p style="text-align: right;">2. Não, rompeu sozinha durante a internação (vá para 83)</p> <p style="text-align: right;">3. Não sei</p>	
<p>82.1 Em que momento a bolsa foi rompida?</p> <p style="text-align: right;">1. Na sala de admissão _ </p> <p style="text-align: right;">2. Durante o trabalho de parto</p> <p style="text-align: right;">3. Na sala de parto</p>	
<p>82.2 Com quanto de dilatação você estava quando romperam a sua bolsa?</p>	_
<p>83. Você pôde caminhar durante o trabalho de parto? (ler as opções)</p> <p style="text-align: right;">0. Não, não era permitido</p> <p style="text-align: right;">1. Não, porque não quis _ </p> <p style="text-align: right;">2. Sim</p>	

<p>84. Você utilizou alguma das seguintes medidas para aliviar a dor durante o trabalho de parto? (ler as opções)</p>	
<p>84.1 Banheira com água morna</p> <p style="text-align: right;">0. Não, não foi oferecido 1. Não, porque não quis 2. Sim</p>	__
<p>84.2 Chuveiro com água morna</p> <p style="text-align: right;">0. Não, não foi oferecido 1. Não, porque não quis 2. Sim</p>	__
<p>84.3 Bola</p> <p style="text-align: right;">0. Não, não foi oferecido 1. Não, porque não quis 2. Sim</p>	__
<p>84.4 Massagem</p> <p style="text-align: right;">0. Não, não foi oferecido 1. Não, porque não quis 2. Sim</p>	__
<p>84.5 Banquinho para posição de cócoras</p> <p style="text-align: right;">0. Não, não foi oferecido 1. Não, porque não quis 2. Sim</p>	__
<p>84.6 Cavalinho</p> <p style="text-align: right;">0. Não, não foi oferecido 1. Não, porque não quis 2. Sim</p>	__
<p>84.7 Outro (responda a 84.8)</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	__
<p>84.8 Qual? _____</p>	
<p>85. Foi aplicada anestesia peridural ou raqui em algum momento do trabalho de parto?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim 9. Não soube informar</p>	__
<p>86. Depois que você chegou nesta maternidade, fizeram cardiocografia (exame feito através de duas fitas que ficam em volta da sua barriga para ver a contração e o batimento do coração do seu bebê)?</p> <p>0. Não</p> <p style="text-align: right;">1. Sim, na hora que internei</p> <p style="text-align: right;">2. Sim, em alguns momentos do trabalho de parto</p> <p style="text-align: right;">3. Sim, durante todo o trabalho de parto</p> <p style="text-align: right;">9. Não soube informar</p>	__

VIII. PARTO

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

87. Com quantos semanas/meses de gestação o (a) (nome do bebê) nasceu? (Se souber informar semanas, não marcar meses)	87.1 __ __ Semanas 87.2 __ Meses
88. Durante a gravidez do (a) (nome do bebê) você tomou alguma injeção de corticóide para amadurecer o pulmão do bebê? 0. Não (vá para 90) 1.Sim	__
89. Com quantas semanas gestacionais você estava quando tomou a última dose do corticóide?	__ __ semanas
90. Você foi incentivada a fazer um plano de parto? 0. Não (vá para 91) 1. Sim	__
90.1 Quem te incentivou? 1. O profissional responsável pelo pré-natal 2. A equipe do hospital onde realizei o parto 3. Outra pessoa	__ __ __
91. Você fez o plano de parto? 0. Não (vá para 93) 1. Sim	__

<p>92. Seu plano de parto foi respeitado?</p> <p style="text-align: right;">0. Não</p> <p style="text-align: right;">1. Sim, parcialmente</p> <p style="text-align: right;">2. Sim, totalmente</p>	<input type="checkbox"/>
<p>93. Qual profissional de saúde lhe atendeu no parto?</p> <p style="text-align: right;">1. Médico</p> <p style="text-align: right;">2. Enfermeiro</p>	<input type="checkbox"/>
<p>94. Esse profissional de saúde que atendeu o seu parto era (Ler as opções)</p> <p style="text-align: center;">1. O mesmo profissional que me acompanhou durante todo o pré-natal</p> <p style="text-align: center;">2. Um dos profissionais da equipe do seu pré-natal</p> <p style="text-align: center;">3. Um dos profissionais da equipe de plantão do hospital</p> <p style="text-align: right;">4. Outro</p>	<input type="checkbox"/>
<p>95. Qual foi o tipo de parto que você teve?</p> <p>1. Parto normal /fórceps/ vácuo extrator</p> <p>2. Cesariana</p> <p>(se gemelar, marcar o tipo de parto de todos os bebês.)</p>	<p>1º <input type="checkbox"/></p> <p>2º <input type="checkbox"/></p>
<p>96. De quem foi à decisão por este tipo de parto?(ler as opções)</p> <p style="text-align: right;">1. Sua</p> <p style="text-align: right;">2. Do médico</p> <p style="text-align: right;">3. Da enfermeira</p> <p style="text-align: right;">4. Conjunta</p> <p style="text-align: right;">5. Outra pessoa (responda a 96.1)</p>	<input type="checkbox"/>

96.1 Quem? _____	
<p>97. Na hora do parto qual a posição do(a)(nome do bebê) na sua barriga?</p> <p style="text-align: right;">1. De cabeça para baixo 1º <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">2. Sentado 2º <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">3. Outra posição</p> <p style="text-align: right;">9. Não sabe informar</p>	
<i>Só para quem teve parto normal</i>	
<p>98. Você foi para outra sala na hora de ter o bebê?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1.Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>99. Qual foi a posição que você ficou para ter o bebê?</p> <p style="text-align: right;">1. Deitada de costas com as pernas levantadas</p> <p style="text-align: right;">2. Deitada de lado</p> <p style="text-align: right;">3. Sentada / reclinada</p> <p style="text-align: right;">4. Na banheira</p> <p style="text-align: right;">5. De quatro apoios</p> <p style="text-align: right;">6. De cócoras</p> <p style="text-align: right;">7. De pé</p>	<input type="checkbox"/>
<p>100. Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê? (manobra de Kristeller).</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>101. No momento do parto foi feito episiotomia (corte no seu períneo/vagina)?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1.Sim 9. Não sei</p>	<input type="checkbox"/>

14. Passou da hora/do tempo (pós-maturidade)	_ _
15. A bolsa rompeu	_ _
16. Pressão alta	_ _
17. Falha de indução/a indução não funcionou	_ _
18. Outra razão não citada (responda a 104.1)	
104.1 Que razão? _____	
105. Você teve acompanhante durante sua internação?	_
0. Não 1. Sim (vá para 106)	
105.1 Se não, por quê? (Não ler as opções)	_ _
01. A maternidade não permitia qualquer acompanhante	_ _
02. Não permitia homens	_ _
03. Só permitia para adolescente	_ _
04. Só permitia acompanhante maior de idade	_ _
05. Eu não sabia que podia	_ _
06. Eu não queria	_ _
07. Não tinha quem ficasse comigo	_ _
08. Tinha que pagar para ficar com acompanhante	_ _
09. Só podia acompanhante na sala de parto	_ _
10. Outros. (responda a 105.2)	_ _
99. Não soube informar	_ _
(Ao final dessa questão, vá para o bloco IX)	
105.2 Defina: _____	
(vá para o bloco IX)	

106. Seu acompanhante ficou com você em que momentos? : (ler as opções)	
106.1 Admissão	0. Não 1. Sim 2. Não quis __
106.2 Trabalho de parto	0. Não 1. Sim 2. Não quis __
106.3 Durante o parto	0. Não 1. Sim 2. Não quis
106.4 Internação após o parto (ficou junto no quarto/enfermaria)	0. Não 1. Sim 2. Não quis __

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

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

107. Logo após o nascimento, assim que saiu da sua barriga, o bebê: (ler as opções)	
1. Foi direto para o seu colo (vá para 109)	1º __
2.Foi receber cuidados dos profissionais de saúde	2º __
3.Não lembra /não sabe (vá para 109)	

<p>108. Depois desses cuidados você:</p> <p style="text-align: right;"> 1. Ficou com o bebê no colo 2. Apenas viu o bebê (vá para 110) 3. Não teve contato (vá para 110) </p>	<p>1º __ </p> <p>2º __ </p>
<p>109. Ele ficou em contato pele a pele com você, sem roupas ou lençóis entre vocês?</p> <p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim </p>	<p>1º __ </p> <p>2º __ </p>
<p>110. O bebê veio para o quarto junto com você?</p> <p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim (vá para 112) </p>	<p>1º __ </p> <p>2º __ </p>
<p>110.1 Por quê?</p> <p style="text-align: right;"> 1. Foi para o berçário/incubadora/berço aquecido 2. Foi para a UI/UTI/berçário patológico 3. Outro motivo (responda a 110.2) </p>	<p>1º __ </p> <p>2º __ </p>
<p>110.2 Qual? _____</p>	
<p>111. Quanto tempo depois do parto seu bebê pôde ficar com você no seu quarto?</p> <p>(Preencher com 77 nos casos em que o bebê ainda está na UI/UTI)</p>	<p>1º bebê</p> <p> __ _ __ dia</p> <p> __ _ __ horas</p> <p> __ _ __ minutos</p>

112.2 Quais? _____

113. Depois do nascimento, você deu o peito na sala de parto?

1º |__|

0. Não 1. Sim (vá para 115)

2º |__|

114. Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (mais ou menos)

1º bebê

|__|_|__| dia

|__|_|__| horas

|__|_|__| minutos

2º bebê

|__|_|__| dia

|__|_|__| horas

|__|_|__| minutos

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

1º |__|

0. Não (vá para o bloco XI)

1. Sim

9. Não sabe (vá para o bloco XI)

2º |__|

115.1 Por que recebeu outro leite ou líquido? (**Não ler opções**)

1º

|__||__||__||__|

1. Bebê não conseguia mamar

2. Leite não havia descido/estava com pouco leite

2º

3. Rotina hospitalar, foi prescrito pelo pediatra

|__||__||__||__|

4. Outros (**responda a 115.2**)

115.2 Especifique: _____

116. Como o leite foi dado ao seu bebê?

1. Na mamadeira/chuquinha

1º |__||__||__|

2. No copinho

3. Na sonda/gavagem/seringa

4. Outros (**responda a 116.1**)

2º |__||__||__|

9. Não soube informar

116.1 Especifique: _____

XI. DADOS FAMILIARES

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

117. Qual o último grau que você cursou?

0. Nenhum (**vá para 119**)

1. Ensino Fundamental (1º grau) (**responda a 118**)

2. Ensino Médio (2º grau) (**responda a 118**)

3. Ensino Superior Incompleto (3º grau) (**vá para 118**)

4. Ensino Superior Completo (3º grau) (**vá para 117.2**)

5. Pós graduação (**responda a 117.1**)

|__|

<p>117.1 Qual?</p> <p style="text-align: right;"> 1. Especialização 2. Mestrado 3. Doutorado </p>	<input type="checkbox"/>
<p>117.2. Qual é a duração regulamentar do seu curso de ensino superior?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>118. Última série/ano que você concluiu com aprovação?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>119. Qual é a sua situação conjugal? (ler as opções)</p> <p style="text-align: right;"> 1. Solteira 2. Casada no papel/vive com companheiro 3. Separada/divorciada 4. Viúva </p>	<input type="checkbox"/>
<p>120. Você tem algum trabalho remunerado?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>121. Quem é o (a) chefe da família?</p> <p style="text-align: right;"> 1. Você (a própria mulher) (vá para o bloco XII) 2. O companheiro 3. Mãe 4. Pai 5. Outra pessoa da família (responda a 121.1) 6. Outra pessoa que não reside na casa (responda a 121.1) </p>	<input type="checkbox"/>

121.1 Que pessoa? _____	
<p>122. Qual o último grau que o chefe da família cursou?</p> <p style="text-align: right;">0. Nenhum (vá para bloco XII)</p> <p style="text-align: center;">1. Ensino Fundamental (1º grau) (responda a 123)</p> <p style="text-align: center;">2. Ensino Médio (2º grau) (responda a 123)</p> <p style="text-align: right;">3. Ensino Superior (3º grau)</p> <p style="text-align: right;">9. Não sabe informar (vá para bloco XII)</p>	_
123. Última série/ano que o chefe da família concluiu com aprovação?	_

XII. IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO-

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

<p>124. A água utilizada na sua casa é proveniente de? (Ler opções)</p> <p style="text-align: right;">1. Rede geral de distribuição</p> <p style="text-align: right;">2. Poço ou nascente</p> <p style="text-align: right;">3. Outro meio</p>	_
<p>125. Considerando o trecho da rua da sua casa, você diria que a rua é (Ler opções)</p> <p style="text-align: right;">1. Asfaltada/pavimentada</p> <p style="text-align: right;">2. Terra/cascalho</p>	_

<p>126. Quantos banheiros com vaso sanitário de uso exclusivo da sua família têm na sua casa? (incluir banheiro de empregada)</p>	<p> _ _ </p>
<p>127. Agora, vou lhe fazer algumas perguntas sobre coisas que você pode ter ou não ter na sua casa.</p>	
<p>128. Na sua casa tem microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptop, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones? Se Sim quantos?</p> <p style="text-align: right;">0. Não possui</p>	<p> _ </p>
<p>129. Na sua casa tem geladeira? Se Sim, quantos?</p> <p style="text-align: right;">0. Não possui</p>	<p> _ </p>
<p>130. Na sua casa tem freezer (aparelho independente ou parte de geladeira duplex)? Se Sim, quantos?</p> <p style="text-align: right;">0. Não possui</p>	<p> _ </p>
<p>131. Na sua casa tem DVD? Se Sim, quantos?</p> <p style="text-align: right;">0. Não possui</p>	<p> _ </p>
<p>132. Na sua casa tem máquina de lavar roupa? Se Sim, quantos? (não incluir tanquinho)</p> <p style="text-align: right;">0. Não possui</p>	<p> _ </p>
<p>133. Na sua casa tem lavadora de louças? Se Sim, quantos?</p> <p style="text-align: right;">0. Não possui</p>	<p> _ </p>
<p>134. Na sua casa tem fornos de micro-ondas? Se Sim, quantos?</p> <p style="text-align: right;">0. Não possui</p>	<p> _ </p>

135. Na sua casa tem máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca? Se Sim, quantos? 0. Não possui	<input type="text"/>
136. Na sua casa tem moto? Se Sim, quantos? 0. Não possui	<input type="text"/>
137. Na sua casa tem carro particular? Se Sim, quantos? 0. Não possui	<input type="text"/>
138. Na sua casa tem empregada mensalista? (5 dias ou mais por semana) Se Sim, quantos? 0. Não possui	<input type="text"/>

XIII. HÁBITOS MATERNOS

“Agora vou perguntar um pouco sobre alguns hábitos e coisas que você costuma fazer no seu dia-a-dia.”

139. Você fumava antes da gravidez do (nome do bebê) ? 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
140. Você fumou na gravidez do (nome do bebê) ? 0. Não (vá para 143) 1. Sim	<input type="text"/>
141. Você fumou até que mês da gravidez do (nome do bebê) ?	<input type="text"/>

<p>142. Você fumava todo dia?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>142.1 Quando fumava, quantos cigarros fumava por dia? <i>(um maço contém aproximadamente 20 cigarros)</i></p>	<input type="text"/>
<p>143. Durante a gravidez, você bebeu chope, cerveja ou alguma outra bebida alcoólica?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (confirme: “nem de vez em quando?”) 1. Sim</p> <p><i>Se entrevistada for <u>completamente abstêmia</u>, pular para o bloco XIV</i></p>	<input type="checkbox"/>
<p>144. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>145. Seu (ex) companheiro ou seus pais se preocupam ou reclamam quando você bebe?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>146. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>147. Alguma vez você acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido na noite passada?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>

<p>148. Quantas doses você precisa beber para se sentir “alta”, ou seja, quantas doses são necessárias para que você comece a se sentir diferente do seu jeito “normal”?</p> <p><i>(Uma dose de bebida alcoólica corresponde, por exemplo, a uma lata ou meia garrafa de cerveja, a 1 chopp, a 2 copos de cerveja, a 1 copo de vinho, a uma dose de uísque, cachaça ou outros destilados ou a 1 copo de caipirinha)</i></p> <p style="text-align: right;">1. 1 dose</p> <p style="text-align: right;">2. 2 doses</p> <p style="text-align: right;">3. 3 doses</p>	<input type="text"/> <input type="text"/>
---	---

XIV. ANTECEDENTES PESSOAIS

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

<p>149. Você apresentava alguma dessas doenças antes da gravidez que tenha sido confirmada por médico? (ler as opções)</p>		
<p>150. Doença do coração</p> <p style="text-align: right;">0.Não 1.Sim</p>		<input type="text"/>
<p>151. Pressão alta <u>fora da gestação</u>, tendo sido prescrito remédio para uso continuado</p> <p style="text-align: right;">0.Não 1.Sim</p>		<input type="text"/>
<p>152. Anemia grave, <u>fora da gestação</u>, ou outra doença no sangue</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>		<input type="text"/>

153. Asma/bronquite	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
154. Lupus ou esclerodermia	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
155. Hipotireoidismo	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
155.1. Hipertireoidismo	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
156. Diabetes/açúcar alto no sangue, <u>fora da gestação</u> , confirmado por médico especialista	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
157. Doença renal/nos rins confirmada por médico especialista que precisa de tratamento	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
158. Epilepsia/convulsão, <u>antes da gestação</u>	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
159. AVC/derrame	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
160. Doença do fígado confirmada por médico especialista que precisa de tratamento	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>

<p>161. Doença mental, que necessita de acompanhamento com especialista</p> <p style="text-align: right;">0.Não 1.Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>162. Outros</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para o bloco XV) 1.Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>162.1 Quais? _____</p>	

XV– PLANO DE SAÚDE

“Agora vou fazer algumas perguntas sobre plano de saúde”

<p>163. Você tem direito a algum plano de saúde, particular, de empresa ou órgão público? (ler as opções)</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para o bloco XVI)</p> <p style="text-align: right;">1. Sim, apenas um</p> <p style="text-align: right;">2. Sim, mais de um</p>	<input type="checkbox"/>
<p>164. Este plano de saúde dá direito à: (Ler opções)</p> <p style="text-align: right;">1. Consulta médica</p> <p style="text-align: right;">2. Internações hospitalares</p> <p style="text-align: right;">3. Assistência ao parto</p> <p style="text-align: right;">4. Exames complementares</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

165. Você desembolsou algum recurso próprio para ter acesso a algum desses procedimentos:		
165.1 Parto normal ou cesariana agendada com médico do plano?	0. Não 1. Sim	__
165.2 Laqueadura tubária?	0. Não 1. Sim	__
165.3 Disponibilidade do profissional para acompanhar seu trabalho de parto	0. Não 1. Sim	__
165.4 Equipe médica de sua escolha não conveniada	0. Não 1. Sim	__
165.5 Internação nesta maternidade?	0. Não 1. Sim	__
166. Durante a gravidez você solicitou a taxa de cesariana de médicos e hospitais da rede credenciada?	0. Não(vá para o bloco XVI) 1. Sim	__
167. A operadora forneceu as informações solicitadas?	0. Não 1. Sim	__
168. Essa informação influenciou na sua decisão sobre:		
168.1 O profissional que fez seu pré-natal	0. Não 1. Sim	__

<p>168.2 A maternidade onde realizaria seu parto</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p> _ </p>
--	------------

XVI. INFORMAÇÕES BIOMÉTRICAS

“Agora vou perguntar algumas questões sobre seu peso e altura”

<p>169. Qual era o seu peso antes de ficar grávida? (anotar em Kg)</p>	<p> _ _ _ _ , _ _ Kg</p>
<p>170. Qual era o seu peso na última consulta de pré-natal? (anotar em Kg)</p>	<p> _ _ _ _ , _ _ Kg</p>
<p>170.1 Qual era o seu peso no período próximo ao parto? (anotar em Kg)</p>	<p> _ _ _ _ , _ _ Kg</p>
<p>171. Em que data foi pesada pela última vez no pré-natal?</p>	<p> _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ </p>
<p>172. Qual é a sua altura? (anotar em cm)</p>	<p> _ _ _ _ cm</p>

XVII. SATISFAÇÃO COM ATENDIMENTO HOSPITALAR

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

<p>173. Na sua internação para o parto, como a Sra avalia a clareza com que os profissionais de saúde explicaram as coisas para você? (Ler opções)</p> <p style="text-align: center;">1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo</p>	<p> _ </p>
--	------------

<p>174. Na sua internação para o parto, como a Sra. avalia o respeito dos profissionais ao recebê-la e ao falar com a você? (Ler opções)</p> <p>1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>175. Receber um tratamento respeitoso significa ter os exames realizados de maneira respeitosa. Na sua internação para o parto, como a Sra avalia a maneira como sua intimidade foi respeitada durante o exame físico e o atendimento (por exemplo, durante os toques e o atendimento ao parto?) (Ler opções)</p> <p>1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>176. Na sua internação para o parto, como a Srª avalia o tempo disponível para fazer perguntas sobre a sua saúde ou o seu tratamento? (Ler opções)</p> <p>1.Excelente 2. Bom 3.Regular 4. Ruim 5. Péssimo</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>177. Na sua internação para o parto, como a Srª avalia a possibilidade de participar junto com a equipe de saúde das decisões sobre o seu trabalho de parto e o parto? (Ler opções)</p> <p>1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>178. Na sua internação para o parto, a Sra. considera que foi vítima de algum maltrato ou outra forma de violência por parte dos profissionais, como (pode ter mais de uma resposta) (Ler opções)</p> <p style="text-align: right;">1.Não</p> <p>2.Violência verbal (algum profissional gritou ou xingou a Sra.)</p> <p>3.Violência psicológica (algum profissional a ameaçou, humilhou ou se negou a atendê-la ou oferecer algum tipo de alívio para dor)</p> <p>4.Violência física (algum profissional a empurrou, machucou ou fez exame de toque de forma dolorosa)</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p> <p style="text-align: center;"> __ </p> <p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>179. Na sua opinião, o atendimento ao seu parto foi: (Ler opções)</p> <p>1.Excelente 2.Bom 3.Regular 4.Ruim 5.Péssimo</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>

<p>180. Na sua opinião, o atendimento ao bebê na maternidade onde ele nasceu foi: (Ler opções)</p> <p>1.Excelente 2.Bom 3.Regular 4.Ruim 5.Péssimo</p>	<p> __ </p>
---	-------------

XIX. CONSIDERAÇÕES FINAIS

<p>181. Você gostaria de dizer mais alguma coisa?</p> <p>0. Não (vá para 264) 1. Sim</p>	<p> __ </p>
<p>182. O que deseja dizer?</p>	
<p>183. O seu cartão da gestante está aqui com você?</p> <p>0. Não 1. Sim</p>	<p> __ </p>
<p>184. Você tem resultado de exame de ultrassonografia aqui com você?</p> <p>0. Não 1. Sim</p>	<p> __ </p>

185. Observações do entrevistador:

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

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO

RECORD ID |__|__|__|__|__|

1. Dados Gerais da coleta de dados	
1. Data da coleta de dados __ __ __ / __ __ __ / __ __	
2. Nome da mãe: _____	
3. Nº do prontuário da mãe: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __	
4. Neste prontuário existe algum tipo de sinalização referente a participação desta puérpera no projeto “Parto Adequado”	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
5. Tipo de gestação: 1. Única 2. Gemelar (dois)	1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/>
6. Condição no nascimento	1. Nascido vivo 2. Natimorto <input type="checkbox"/>
2. Dados da Internação	
7. Data da internação:	__ __ __ / __ __ __ / __ __ __
8. Hora da admissão:	__ __ h __ __ min
9. Tipo de saída do hospital onde foi realizado o parto: 1. Alta 2. Transferida no pós-parto(vá para questão 11) 3. Saída à revelia 4. Óbito 5. Permanece internada após 42 dias da data do parto (vá para o bloco 3)	<input type="checkbox"/>

22. Acidente Vascular Cerebral (AVC)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
23. Doença hepática crônica	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
24. Doença psiquiátrica	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
25. Outros	0. Não(vá para 27) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
26. Quais? _____		
Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação):		
27. Incompetência istmo-cervical (IIC)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
28. Crescimento Intra Uterino Restrito (CIUR)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
29. Oligodramnia	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
30. Polidramnia	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
31. Isoimunização RH	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
32. Placenta prévia	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
33. Descolamento prematuro de placenta (DPP)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
34. Amniorexe prematura	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
35. Diabetes gestacional	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
36. Hipertensão crônica prévia a gestação	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
37. Pré- eclampsia / Hipertensão gestacional	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
38. Eclâmpsia	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
39. Síndrome HELLP	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
40. Ameaça de parto prematuro	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

41. Sífilis	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
42. Infecção urinária	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
43. Infecção pelo HIV	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
44. Toxoplasmose (que precisou tratar)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
45. Infecção por ZICA	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
46. Infecção por Dengue	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
47. Infecção por Chicungunha	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
48. Exame de cultura para streptococo na vagina e/ou ânus e/ou urina com resultado positivo	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
49. Bebê com malformação congênita	0. Não (vá para 51) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
50. Qual? _____		
51. Outros problemas	0. Não (vá para 53) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
52. Qual? _____		
53. Cirurgia uterina anterior (miomectomia, microcesarea, outras cirurgias do corpo uterino)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
4. Dados da Internação		
54. Data da última menstruação (DUM):	_ _ / _ _ / _ _ _ _	
55. Idade gestacional na admissão calculada pela DUM:	_ _ semanas	
56. Idade gestacional na admissão calculada por USG:	_ _ semanas	

57. IG na USG usada para cálculo:	_ _ _ semanas
58. Data da USG usada para cálculo:	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _ _
59. Idade gestacional na admissão sem referência ao método de cálculo:	_ _ _ semanas
60. Apresentação do bebê: 1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação	1º bebê _ _ 2º bebê _ _
61. Há registro de pressão arterial na admissão 0. Não (vá para 64) 1. Sim	_ _
62. Primeira verificação: sistólica (em mmhg)	sist _ _ _ _ _ mmhg
63. Primeira verificação: diastólica (em mmhg)	diast _ _ _ _ _ mmhg
64. Há registro de prescrição/uso de sulfato de magnésio no momento da internação? 0. Não 1. Sim	_ _
65. Sangramento vaginal na admissão hospitalar: 0. Não 1. Sim, pequeno 2. Sim, moderado 3. Sim, intenso 4. Sim, sem especificação	_ _
66. Perda de líquido amniótico (ruptura da bolsa) antes (ou no momento) da internação: 1. Não 2. Sim, líquido claro 3. Sim, líquido com mecônio 4. Sim, líquido sanguinolento 5. Sim, líquido purulento/ fétido 6. Sim, sem especificação	_ _
67. Dilatação do colo do útero no momento da admissão: em centímetros (consultar instrutivo)	_ _ _ cm
68. Número de contrações em 10 minutos no momento da admissão:	_ _ _ contrações

i.	Doppler fetal alterado (umbilical ou cerebral)	
j.	Crescimento restrito (CIUR)	<input type="checkbox"/>
k.	Polidramnia	<input type="checkbox"/>
l.	Oligodramnia	<input type="checkbox"/>
m.	Descolamento prematuro da placenta / DPP	<input type="checkbox"/>
n.	Hemorragia vaginal	<input type="checkbox"/>
o.	Placenta prévia	<input type="checkbox"/>
p.	Hipertensão crônica	<input type="checkbox"/>
q.	Pré-eclampsia	<input type="checkbox"/>
r.	Eclâmpsia /convulsão	<input type="checkbox"/>
s.	Síndrome HELLP	<input type="checkbox"/>
t.	Apresentação pélvica	<input type="checkbox"/>
u.	Outra apresentação anômala (córmica/transversa)	<input type="checkbox"/>
v.	Iteratividade (cesáreas anteriores)	<input type="checkbox"/>
w.	Diabetes não gestacional	<input type="checkbox"/>
x.	Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/>
y.	Infecção pelo HIV	<input type="checkbox"/>
z.	Óbito fetal	<input type="checkbox"/>
aa.	Sepse	<input type="checkbox"/>
bb.	Cesariana agendada	<input type="checkbox"/>
cc.	Sem diagnóstico clínico-obstétrico informado	
dd.	Outro diagnóstico(responda a 77)	
ee.	Intercorrência clinica (vá para 78)	

77. Outro diagnóstico. Qual? _____

78. Intercorrência clinica. Qual? _____

5. Assistência ao trabalho de parto

79. Trabalho de Parto

1. Espontâneo
2. Induzido com sucesso
3. Induzido, sem sucesso (falha de indução)
4. Não entrou em trabalho de parto (**responda a 80 e vá para 101**)

80. Houve indicação de cesariana no momento da admissão/internação:

0. Não

1. Sim

*SE A RESPOSTA NESSA QUESTÃO FOR “SIM” E NA 79 “ESPONTÂNEO” **PULE PARA 101***

*SE A RESPOSTA NESSA QUESTÃO FOR “SIM” E NA 79 “INDUZIDO COM SUCESSO” OU “INDUZIDO SEM SUCESSO” **RESPONDA A 83 E PULE PARA 101***

81. Data da admissão/internação no pré-parto:

82. Hora da admissão/internação no pré-parto (se não houver registro, marcar 00h00min):

 h min

ESSA QUESTÃO DEVE SER RESPONDIDA SEMPRE QUE A RESPOSTA NA QUESTÃO 79 FOR “INDUZIDO COM SUCESSO” OU “INDUZIDO SEM SUCESSO”

83. Medicações/método utilizados para indução do parto: (**ver folha de prescrição**)

1. Ocitocina

2. Misoprostol

3. Krause /foley/balão

4. Dinoprostone

<p>84. Prescrição de dieta no trabalho de parto:</p> <p style="text-align: right;"> 0. Dieta zero 1. Dieta líquida 2. Outro tipo de dieta 9. Sem informação </p>	<input type="checkbox"/>
<p>85. Prescrição/uso de hidratação venosa no trabalho de parto:</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim(vá para 87)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>86. Colocação de acesso venoso no trabalho de parto:</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>87. Prescrição/uso de antibióticos no trabalho de parto:</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>88. Realização de tricotomia (raspagem dos pelos) na maternidade:</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>89. Enteróclise/enema (lavagem intestinal) antes do parto:</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>90. Profissional que acompanhou o trabalho de parto: (<i>Permite mais de 1 opção</i>)</p> <p style="text-align: right;"> 1. Médico (a) 2. Enfermeiro(a)obstetra/obstetiz 3.Enfermeiro (a) 4.Outro 9. Sem informação </p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>91. Presença de partograma no prontuário:</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 94) 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>92. Qual era o registro de dilatação do colo do útero no início do uso do partograma?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> cm
<p>93. Em quantos momentos do trabalho de parto, foram feitos registros de informação Clínicas e/ou obstétricas no partograma?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/>

<p>94. Prescrição/uso de ocitocina durante o trabalho de parto:</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 96) 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>95. Dilatação do colo do útero no início da administração da ocitocina:</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> cm
<p>96. Prescrição/uso de analgésicos durante o trabalho de parto: <i>(Permite mais de 1 opção)</i></p> <p style="text-align: right;">1. Não</p> <p style="text-align: right;">2. Sim, opióides (dolantina, meperidina ou petidina)</p> <p style="text-align: right;">3. Sim, outras (buscopam, dipirona, hioscina, outros)</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
<p>97. Utilização de analgesia durante o trabalho de parto:</p> <p style="text-align: right;">0. Não</p> <p style="text-align: right;">1. Peridural</p> <p style="text-align: right;">2. Raqui</p> <p style="text-align: right;">3. Peri+Raqui (combinado)</p> <p style="text-align: right;">4. Geral</p>	<input type="checkbox"/>
<p>98. Ruptura de membranas durante o trabalho de parto / parto: (se rotura antes da admissão, registre “8”)</p> <p style="text-align: right;">1. Sim, ruptura espontânea</p> <p style="text-align: right;">2. Sim, ruptura artificial (amniotomia)</p> <p style="text-align: right;">3. Sim, sem informação do tipo de ruptura</p>	<input type="checkbox"/>
<p>99. Dilatação do colo do útero no momento da ruptura de membranas (amniotomia) no partograma/prontuário:</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> cm
<p>100. Característica do líquido:</p> <p>1. Líquido claro</p> <p>2. Líquido com mecônio</p> <p>3. Líquido sanguinolento</p> <p>4. Líquido purulento/ fétido</p> <p>5. Líquido sem especificação</p>	<input type="checkbox"/>
<p>101. Há registro no prontuário de: <i>(Permite mais de 1 opção)</i></p> <p>1. Sofrimento fetal durante o TP</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>

<p>109. Ocorrência de laceração vaginal/perineal</p>	<p>0. Não 1. 1º grau 2. 2º grau 3. 3º grau 4. 4º grau 5. Sim, sem especificação</p> <p style="text-align: right;"> __ </p>
<p>110. Registro de sutura vaginal/perineal ou episiorrafia:</p>	<p>0. Não 1. Sim 9. Sem informação</p> <p style="text-align: right;"> __ </p>
<p>111. Recebeu anestesia para fazer a sutura?</p>	<p style="text-align: right;"> __ </p> <p>0. Não 1. Sim 9. Sem informação</p>
<p>112. Houve registro de distocia de ombro?</p>	<p>0. Não 1. Sim</p> <p>1º bebê __ 2º bebê __ </p>
<p>113. Houve prolapso de cordão?</p>	<p>0. Não 1. Sim</p> <p>1º bebê __ 2º bebê __ </p>

7. Indicação da cesariana

114. Informações do obstetra:

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

1. Cesariana a pedido
2. Miomectomia / cirurgia uterina prévia
3. Cesariana anterior/Iteratividade
4. Laqueadura tubária
5. Circular de cordão
6. Apresentação pélvica (sentado)
7. Apresentação córmica (atravessado)
8. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)
9. Parada de Progressão
10. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)
11. Placenta prévia
12. Sofrimento fetal agudo
13. CIUR
14. Doppler alterado (diástolezero, reversa, centralização)
15. Amniorrexe prematura
16. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia
17. Eclâmpsia
18. Síndrome HELLP
19. Diabetes
20. Oligodramnia
21. Polidramnia
22. Gemelaridade
23. Prematuridade
24. > 41 semanas/ Pós-maturidade/Gravidez prolongada
25. Macrossomia
26. Falha de indução
27. Mal formação
28. Óbito fetal
29. Infecção pelo HIV
30. Intercorrências clínicas
31. Sem informação no prontuário
32. Outra (**responda a 115**)

1ª informação |__||__|

2ª informação |__||__|

3ª informação |__||__|

4ª informação |__||__|

115. Qual? _____	
116. Tipo de anestesia:	<p style="text-align: right;"> 1.Peridural 2. Raqui 3. Peri+Raqui (combinado) 4. Geral </p> <p style="text-align: right;"> _ </p>
116.1 Prescrição/uso de antibiótico profilático:	<p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim 9. Sem informação </p> <p style="text-align: right;"> _ </p>
117. Complicações peroperatórias:	<p style="text-align: right;"> 0. Não houve 1. Lesão de bexiga 2. Lesão de ureter 3. Lesão do intestino 4.Outras(responda a 118) </p>
118. Quais? _____	
8. Dados sobre Pós-Parto	
119. Prescrição/uso de Imunoglobulina anti – RH para incompatibilidade RH?	<p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim </p> <p style="text-align: right;"> _ </p>
120. Prescrição/uso de ocitocina profilática pós-parto imediato?	<p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim </p> <p style="text-align: right;"> _ </p>
121. Houve hemorragia pós-parto?	<p style="text-align: right;"> 0. Não (vá para 123) 1. Sim </p> <p style="text-align: right;"> _ </p>
122. Houve hemorragia pós-parto grave?	<p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim </p> <p style="text-align: right;"> _ </p>

<p>123. Houve diagnóstico de atonia/hipotonia uterina?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>124. Prescrição/uso de algum tratamento com uterotônico? (permite mais de uma opção)</p> <p style="text-align: right;">0. Não</p> <p style="text-align: right;">1. Ocitocina</p> <p style="text-align: right;">2. Methergin</p> <p style="text-align: right;">3. Misoprosotol</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>125. Houve diagnóstico de placenta retida?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>126. Houve diagnóstico de acretismo placentário?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>127. Rotura uterina?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>128. Transfusão sanguínea?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 130)</p> <p style="text-align: right;">1. Sim, antes do parto</p> <p style="text-align: right;">2. Sim, depois do parto</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>129. Quantidades de bolsa de sangue</p>	<p style="text-align: right;"> _ _ </p>
<p>130. Radiologia intervencionista para tratamento de hemorragia pós parto?</p> <p style="text-align: right;">0. Não1. Sim</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>131. Houve diagnóstico de endometrite pós-parto?</p> <p style="text-align: right;">0. Não1. Sim</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>132. Infecção de ferida operatória ou perineal?</p> <p style="text-align: right;">0. Não1. Sim</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>

<p>133. Sepsis ou infecção sistêmica grave?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto</p>	<input type="checkbox"/>
<p>134. Prescrição/uso de antibióticos? (No caso de cesariana, não considerar antibiótico profilático)</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 137) 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>135. Quanto tempo de antibiótico em dias?</p>	<input type="text"/>
<p>136. Quais antibióticos? _____</p> <p>_____</p>	
<p>137. Retorno à sala cirúrgica (curetagem, extração de placenta, drenagem de hematomas, sangramento abdominal)?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>138. Laparotomia pós-parto?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>139. Hipertensão grave pós-parto?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>140. Pré-eclâmpsia grave?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto</p>	<input type="checkbox"/>
<p>141. Eclampsia?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto</p>	<input type="checkbox"/>
<p>142. Síndrome HELLP?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>143. Prescrição/uso de sulfato de magnésio?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, após o parto 3. Sim, antes e depois do parto</p>	<input type="checkbox"/>

<p>144. Internação ou transferência para UTI?</p>	<p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto </p> <p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>Apresentou alguma das seguintes alterações clínicas, em algum momento da internação:</p>	
<p>145. Cianose aguda</p>	<p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto </p> <p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>146. Respiração agônica (gasping)</p>	<p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto </p> <p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>147. Frequência respiratória (FR) > 40 ou < 6 ipm</p>	<p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto </p> <p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>148. Choquenão responsivo a reposição volêmica</p>	<p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto </p> <p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>149. Oligúria não responsiva à hidratação e medicamentos</p>	<p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto </p> <p style="text-align: center;"> _ </p>

<p>150. Distúrbio de coagulação</p> <p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto </p>	<input type="checkbox"/>
<p>151. Icterícia na presença de pré-eclâmpsia</p> <p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto </p>	<input type="checkbox"/>
<p>152. Convulsões reentrantes/paralisia total</p> <p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto </p>	<input type="checkbox"/>
<p>153. AVC</p> <p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto </p>	<input type="checkbox"/>
<p>154. Perda da consciência maior que 12 horas</p> <p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto </p>	<input type="checkbox"/>
<p>155. Perda da consciência associada à ausência de pulso</p> <p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto </p>	<input type="checkbox"/>
<p>Apresentou alguma das seguintes alterações laboratoriais, em algum momento da internação:</p>	
<p>156. Saturação de O₂ < 90% por mais de 60 minutos</p> <p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto </p>	<input type="checkbox"/>

<p>157. PaO₂/FiO₂< 200 mmHg</p> <p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto </p>	<input type="checkbox"/>
<p>158. Creatinina ≥3,5 mg/dl</p> <p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto </p>	<input type="checkbox"/>
<p>159. Bilirrubina > 6 mg/dl</p> <p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto </p>	<input type="checkbox"/>
<p>160. pH< 7,1</p> <p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto </p>	<input type="checkbox"/>
<p>161. Lactato/ Ácido láctico > 5</p> <p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto </p>	<input type="checkbox"/>
<p>162. Trombocitopenia aguda (plaquetas < 50.000)</p> <p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto </p>	<input type="checkbox"/>
<p>163. Perda de consciência associada à presença de glicose e cetoácidos na urina</p> <p style="text-align: right;"> 0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto </p>	<input type="checkbox"/>

Realizou algum dos seguintes tratamentos, em algum momento da internação:

164. Uso contínuo de drogas vasoativas (dopamina, dobutamina, adrenalina)	0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto	<input type="checkbox"/>
165. Histerectomia pós-infecção ou hemorragia	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
166. Transfusão ≥ 5 unidades de hemácias	0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto	<input type="checkbox"/>
167. Diálise por insuficiência renal aguda	0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto	<input type="checkbox"/>
168. Intubação e ventilação mecânica ≥ 60 minutos não relacionada à anestesia	0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto	<input type="checkbox"/>
169. Ressuscitação cardiopulmonar	0. Não 1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto	<input type="checkbox"/>

180. Idade gestacional sem referência ao método:	__ __ semanas 181. __ dias
182. Índice de Apgar no 1°. Minuto	1ª __ __ 2ª __ __
183. Índice de Apgar no 5°. Minuto	1ª __ __ 2ª __ __
10. Dados do recém-nato – 2ª parte	
Manobras de reanimação na sala de parto	
184. O ₂ inalatório	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 0. Não 1. Sim <div style="text-align: right;"> 1ª __ 2ª __ </div> </div>
185. Ventilação com ambú + máscara	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 0. Não 1. Sim <div style="text-align: right;"> 1ª __ 2ª __ </div> </div>
186. Entubação oro-traqueal	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 0. Não 1. Sim <div style="text-align: right;"> 1ª __ 2ª __ </div> </div>
187. Massagem cardíaca	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 0. Não 1. Sim <div style="text-align: right;"> 1ª __ 2ª __ </div> </div>
188. Drogas (adrenalina)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 0. Não 1. Sim <div style="text-align: right;"> 1ª __ 2ª __ </div> </div>
189. Outros	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 0. Não 1. Sim (responda a 190) <div style="text-align: right;"> 1ª __ 2ª __ </div> </div>
190. Qual? _____	

191. Aspiração de vias aéreas superiores 0. Não 1. Sim	1ª <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/>
192. Aspiração gástrica 0. Não 1. Sim	1ª <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/>
193. Vitamina K (Kanakion) 0. Não 1. Sim	1ª <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/>
194. Credé (colírio de nitrato de prata) 0. Não 1. Sim	1ª <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/>
195. Vacina contra hepatite B 0. Não 1. Sim	1ª <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/>
196. Foi para incubadora, berçário ou berço aquecido após a sala de parto 0. Não 1. Sim	1ª <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/>
197. Internação em UI: 0. Não 1. Sim	1ª <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/>
198. Internação em UTI neonatal: 0. Não 1. Sim	1ª <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/>
199. Precisou ser transferido para UTI neonatal em outro hospital? 0. Não 1. Sim	1ª <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/>
Utilização de oxigênio após o nascimento:	
200. Hood ou circulante 0. Não 1. Sim	1ª <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/>
201. CPAP 0. Não 1. Sim	1ª <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/>
202. Ventilação mecânica 0. Não 1. Sim 1.	1ª <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/>

<p>203. Com 28 dias de vida estava em oxigenioterapia (qualquer tipo):</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim 8. Não estava mais internado</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>204. Se bebê nasceu prematuro, com 36 semanas de idade gestacional corrigida ainda estava em oxigenioterapia (de qualquer tipo).</p> <p style="text-align: right;">1. Não 2. Sim 3. RN nasceu a termo 4. Ainda não atingiu 36 semanas 5. Não estava mais internado</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>205. Utilização de surfactante:</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>206. Realizado protocolo de hipotermia</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>207. Registro de hipoglicemia (glicemia menor do que 40) nas primeiras 48h de nascido:</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>208. Valor mínimo de glicemia nas primeiras 48 horas</p>	<p> __ _ </p>
<p>209. Uso de antibiótico</p> <p style="text-align: right;">1. Não usou 2. Sim, Início até 48h de vida (Sepse precoce) 3. Sim, Início após 48h de vida (Sepse tardia)</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>210. Quanto tempo de antibiótico em dias?</p>	<p>1ª __ _ </p> <p>2ª __ _ </p>

211. Quais antibióticos? _____		

211a. Quais antibióticos _____		

212. Fez hemocultura?	0. Não 1. Sim	1ª __ 2ª __
213. Quantas?		1ª __ __ 2ª __ __
214. Fototerapia nas primeiras 72h de vida:	0. Não 1. Sim	1ª __ __ 2ª __ __
215. Nível máximo de bilirrubina nas primeiras 72h de vida:		1ª __ __ , __ mg/dl 2ª __ __ , __ mg/dl
216. Tipo sanguíneo do RN:	1. A 2. B 3. 0 4. AB 9. Sem registro	1ª __ 2ª __

<p>217. Fator RH do RN:</p> <p style="text-align: right;">0. Negativo 1. Positivo 9. Sem registro</p>	<p>1ª <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>2ª <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>218. Tipo sanguíneo da mãe:</p> <p style="text-align: right;">1. A 2. B 3. 0 4. AB 9. Sem registro</p>	<p style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>219. Fator RH da mãe:</p> <p style="text-align: right;">0. Negativo 1. Positivo 9. Sem registro</p>	<p style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>220. Apresentou malformação congênita?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim (responda a 221)</p>	<p>1ª <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>2ª <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>221. Qual? _____</p> <p>_____</p>	
<p>221a .Qual? _____</p> <p>_____</p>	
<p>222. Foi submetida a alguma cirurgia durante a internação?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim (responda a 223 ou 223 a)</p>	<p>1ª <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>2ª <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>223. Qual? _____</p>	

223a. Qual?

Outros diagnósticos durante a internação:

224. Taquipnéia transitória

0. Não 1. Sim

1ª |__|

2ª |__|

225. Doença da membrana hialina

0. Não 1. Sim

1ª |__|

2ª |__|

226. Síndrome de aspiração meconial

0. Não 1. Sim

1ª |__|

2ª |__|

227. Hipertensão pulmonar

0. Não 1. Sim

1ª |__|

2ª |__|

228. Convulsão

0. Não 1. Sim

1ª |__|

2ª |__|

229. Enterocolite necrotizante

0. Não 1. Sim

1ª |__|

2ª |__|

<p>230. Toxoplasmose congênita</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>231. Rubéola congênita</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>232. Herpes neonatal</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>233. Citomegalovírus congênito</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>234. Sífilis congênita</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>235. Criança exposta ao HIV</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>236. Zica congênita</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>236.1 Outros diagnósticos</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>236.2 Qual?</p>	
<p>237. Alguma lesão corpórea devido ao parto?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 242)</p> <p style="text-align: right;">1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>

<p>238. Marca de fórceps ou vácuo:</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>239. Fraturas (clavícula, fêmur, úmero ou outras):</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>240. Outras lesões:</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim(responda a 241 ou 241a)</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>241. Quais? _____</p>	
<p>241a. Quais? _____</p>	
<p>242. Uso de aleitamento materno exclusivo:</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1.Sim (vá para 244)</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>243. Outros alimentos que recebeu durante a internação (<i>Permite mais de 1 opção</i>)</p> <p style="text-align: right;">1. Água</p> <p style="text-align: right;">2. Soro glicosado/ Glicose via oral (chuca com açúcar)</p> <p style="text-align: right;">3. Leite humano ordenhado</p> <p style="text-align: right;">4. Leite artificial</p> <p style="text-align: right;">5. Nutrição Parenteral (NPT)</p>	<p>1ª __ __ __ </p> <p>2ª __ __ __ </p>
<p>244. Tipo de saída do hospital onde ocorreu o nascimento:</p> <p style="text-align: right;">0. Continua internado aos 28 dias de vida (vá para 254)</p> <p style="text-align: right;">1. Alta</p> <p style="text-align: right;">2. Óbito</p> <p style="text-align: right;">3. Transferência para outro hospital (vá para questão 246)</p>	<p>1ª __ </p> <p>2ª __ </p>
<p>245. Data da saída/óbito:</p> <p style="text-align: center;">(Se óbito, vá para 251; se alta, vá para 254)</p>	<p>1ª __ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _ _ </p> <p>2ª __ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _ _ </p>

246. Hospital para onde foi transferido (nome, cidade, estado): <hr/> <hr/>	
247. Motivo da transferência: <hr/> <hr/> <hr/>	
248. Data da transferência:	1ª __ __ _ / __ __ _ / __ __ _ 2ª __ __ _ / __ __ _ / __ __ _
249. Tipo de saída do hospital para onde foi transferido: <p style="text-align: center;">0. Continua internado aos 28 dias de vida (vá para 254)</p> <p style="text-align: center;">1. Alta</p> <p style="text-align: center;">2. Óbito</p>	1ª __ 2ª __
250. Data da saída/óbito do hospital para onde foi transferido: (se alta vá para a questão 254)	1ª __ __ _ / __ __ _ / __ __ _ 2ª __ __ _ / __ __ _ / __ __ _
251. Causas de óbito registradas no prontuário: (<i>Permite mais de 1 opção</i>) <p style="text-align: center;">1. Prematuridade extrema (< 1000g)</p> <p style="text-align: center;">2. Infecção</p> <p style="text-align: center;">3. Sífilis congênita</p> <p style="text-align: center;">4. Malformação congênita</p> <p style="text-align: center;">5. Problemas respiratórios (DMH, pneumotórax, aspiração de mecônio, pneumonia, hipertensão pulmonar)</p> <p style="text-align: center;">6. Outros (responda a 252 ou 252a)</p>	1ª __ __ __ 2ª __ __ __

252. Qual _____

252a. Qual _____

253. Número da declaração de óbito

1ª | | | | | | | | | |

2ª | | | | | | | | | |

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

1ª | | | | | | | | g

2ª | | | | | | | | g

255. Observações:

PROJETO “NASCER SAUDÁVEL”

EXTRAÇÃO DE DADOS DO CARTÃO DE PRÉ-NATAL

Unidade Hospitalar _____

Nome do entrevistador _____

Número da puérpera na lista única |_|_|_|_|_|

Record ID |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nome da Puérpera _____

Antecedentes pessoais de risco

CG1 - Antecedente pessoal de diabetes

() não () sim () não informado

CG2 - Antecedente pessoal de hipertensão arterial

() não () sim () não informado

CG3 - Antecedente pessoal de cirurgia pélvica /uterina

() não () sim () não informado

CG4 - Outros antecedentes pessoais de risco

() não () sim () não informado (*se resposta for “não” ou “não informado”,
passar para bloco de antecedentes obstétricos – CG5*)

CG4.1 - Qual?

Antecedentes obstétricos

CG5 - Número de gestações (Gesta): |__| |__| (valores válidos 0 a 20) (se for a primeira gestação, pular para CG15 "Peso anterior da gestante")

CG6 - Número de abortos: |__| |__| (valores válidos 0 a 20)

CG7 - Número de partos: |__| |__| (se número de partos anteriores for zero, pular para CG15 "Peso anterior da gestante")

CG8 - Número de partos vaginais: |__| |__| (valores válidos 0 a 20)

CG9 - Número de cesarianas: |__| (valores válidos 0 a 10)

CG10 - Número de nascidos vivos: |__| |__| (valores válidos 0 a 20)

CG11 - Algum filho nascido morto? () não () sim () não informado

CG12 - Algum filho nasceu pesando menos de 2.500g ?

() não () sim () não informado

CG13 - Algum filho nasceu prematuro?

() não () sim () não informado

CG14 - Algum filho nascido vivo morreu na primeira semana de vida?

() não () sim () não informado

CG15 - Peso anterior da gestante (em Kg): |__| |__| |__|

CG16 - Altura da gestante em centímetros: |__| |__| |__|

CG17 - Data da última menstruação (DUM): __/__/____ (anos válidos 2016 e 2017).
(Se algum dos campos for preenchido com 99, passar para a CG19)

CG18 - Dúvidas em relação à DUM? () não () sim () não informado

CG19 - Data provável do parto (DPP): __/__/____ (ano válido, apenas 2017)

CG20 - Hospitalização na gestação? () não () sim () não informado

CG21 - Data da primeira consulta de pré-natal __/__/____ (anos válidos 2016 e 2017)

CG 22- Idade gestacional na primeira consulta de pré-natal: |__| |__| (valores válidos 1 a 42)

CG23 - Peso na primeira consulta de pré-natal: |__| |__| |__|

CG24 - Número de consultas de pré-natal: |__||__| (valores válidos: 1 a 20 e mais)

CG25 - Peso na última consulta de pré-natal em que foi pesada: |__||__||__|

CG26 - Data da última consulta de pré-natal em que foi pesada __/__/____ (anos válidos 2016 e 2017)

CG27 - Há registro de pressão arterial $\geq 140 \times 90$ mmHg em alguma consulta de pré-natal?

() não () sim, em apenas uma consulta () sim, em duas ou mais consultas (se "não", passar para CG29)

CG28 - Data em que houve o primeiro registro de PA $\geq 140 \times 90$ mmHg

__/__/____ (anos válidos 2016 e 2017)

CG29 - Resultado da tipagem sanguínea:

() A () B () O () AB () não informado

CG30 - Resultado do fator Rh:

() Rh positivo () Rh negativo () não informado (Se Rh positivo ou não informado, passar para CG33)

CG31 - Resultado do coombs indireto:

() negativo () positivo () não informado

CG32 - Há prescrição de imunoglobulina anti D (Rhogan, Matergam, Rhophylac)?

() sim () não (se não, passar para CG33)

CG32.1 - IG em semanas na prescrição 1ª dose |__||__| (valores válidos 5 a 42)

CG32.2 - Dose |__||__||__|

CG32.3 - IG em semanas na prescrição 2ª dose |__||__| (Se não fez 2ª dose, registrar "88" e passar para CG33)

CG32.4 - Dose |__||__||__|

CG32.5 - IG em semanas na prescrição 3ª dose |__||__| (Se não fez 3ª dose, registrar "88" e passar para CG33)

CG32.6 - Dose |__||__||__|

CG33 - Resultado da primeira glicemia de jejum: |__||__||__|

CG34 - Resultado da segunda glicemia de jejum: |__| |__| |__|

CG35 - Fez teste oral de tolerância à glicose (TOTG)?

() não () sim (Se não, passar para CG36)

CG35.1 - Qual foi o teste utilizado?

() TOTG 50g () TOTG 75g () TOTG 100g () não informado

CG35.2 - Resultado do TOTG (jejum): |__| |__| |__|

CG35.3 - Resultado do TOTG 1ª hora: |__| |__| |__|

CG35.4 - Resultado do TOTG 2ª hora: |__| |__| |__|

CG36 - Resultados do primeiro exame de VDRL (sorologia para sífilis):

() não reagente () reagente () não informado

CG37 - Resultados do segundo exame de VDRL (sorologia para sífilis):

() não reagente () reagente () não informado

CG38 - Há resultado de exame de urina/urinocultura compatível com infecção urinária?

() não () sim () não informado

CG39 - Resultado da primeira sorologia anti-HIV:

() não reagente () reagente () não informado

CG40 - Resultado da segunda sorologia anti-HIV:

() não reagente () reagente () não informado

CG41 - Há registro de prescrição de medicação anti-hipertensiva? (verificar listagem no instrutivo)

() não () sim

CG42- Há registro de prescrição de antibiótico? (verificar listagem no instrutivo)

() não () sim

CG43 - Há registro de prescrição de progesterona (Utrogestan ou Evocanil)?

() não () sim (se não, passar para CG44)

CG43.1 - Data da prescrição da progesterona: ___/___/____ (anos válidos 2016 e 2017)

CG43.2 - Dose em mg |__| |__| |__|

CG43.3 - Data da suspensão da progesterona: ___/___/____ (anos válidos 2016 e 2017)

CG44 - Há registro de prescrição de corticoide?

() não () sim (se não, passar para CG45)

CG44.1 - Data da prescrição do 1º curso de corticoide: ___/___/____ (anos válidos 2016 e 2017)

CG44.2 - Data da prescrição do 2º curso de corticoide: ___/___/____ (anos válidos 2016 e 2017) (Se não fez 2º curso de corticoide, registrar "88/88/8888" e passar para CG45).

CG44.13 - Data da prescrição do 3º curso de corticoide: ___/___/____ (anos válidos 2016 e 2017). (Se não fez 3º curso de corticoide, registrar "88/88/8888").

CG45 - Data da primeira ultrassonografia realizada no pré-natal a partir da 6ª semana gestacional:

___/___/____ (anos válidos 2016 e 2017) (se gestante não fez USG, ou informação não disponível, encerrar a coleta de dados)

Idade gestacional na primeira USG

CG45.1 - |__| |__| semanas (valores válidos de 6 a 42 semanas)

CG45.2 - |__| dias (valor válido de 0 a 6)

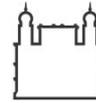
CG 46 - Data da segunda ultrassonografia realizada no pré-natal a partir da 6ª semana gestacional:

___/___/____ (anos válidos 2016 e 2017) (se gestante não fez segunda USG, ou informação não disponível, encerrar a coleta de dados)

Idade gestacional na segunda USG

CG46.1 - |__| |__| semanas (valores válidos de 6 a 42 semanas)

CG46.2 - |__| dias (valor válido de 0 a 6)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Questionário N°

ESTRUTURA – PROCESSO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

OBJETIVOS DA PESQUISA

A pesquisa tem como objetivo principal identificar os tipos de parto realizados, os motivos para sua realização e os desfechos perinatais a eles associados, a partir da avaliação da assistência prestada à gestação, ao parto e aos recém-nascidos nas unidades de saúde. Serão focalizados aspectos relacionados às características estruturais dos ambientes e dos processos de gestão e produção.

PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

Será aplicado o questionário de estrutura e processo às unidades selecionadas. O questionário será preenchido com base nas informações prestadas pelo (a) Diretor (a) da unidade ou coordenador (a) do projeto Parto Adequado. O questionário contém dados relativos à estrutura física do hospital, recursos humanos, equipamentos e insumos disponíveis e forma de organização do trabalho. O (A) entrevistado (a) será estimulado (a) a responder as questões que lhe forem feitas, mas terá liberdade para deixar de responder aquelas que não desejar.

CONFIDENCIALIDADE

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

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

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS

A aplicação do questionário é longa, porém importante. O benefício direto desta pesquisa é a sistematização e disponibilização de dados que permitam verificar a relação da ambiência da unidade hospitalar e dos processos de trabalho adotados com a implantação de modelos de atenção ao parto baseados em evidências científicas, bem como a adequação das estruturas e processos para atendimento às complicações maternas e neonatais.

DÚVIDAS – PESQUISADORES RESPONSÁVEIS

Qualquer dúvida poderá ser tirada no momento da entrevista, com o entrevistador. Uma cópia do termo de consentimento será oferecida para o entrevistado. Caso a dúvida persista ou o entrevistado demande confirmação sobre a seriedade do estudo e de suas intenções, os seguintes contatos deverão ser fornecidos:

Maria do Carmo Leal ou Silvana Granado – Rua Leopoldo Bulhões 1.480, sala 808, Manguinhos

Tel: (**21) 2598-2620 ou 2598-2621.

Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – térreo Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ/ CEP 21041-210. Tel e Fax: (21) 2598-2863; e-mail: cep@ensp.fiocruz.br;

site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>. Horário de atendimento ao público (CEP/ENSP): 14:00h às 17:00h.

CONSENTIMENTO DO GESTOR DA UNIDADE

Li todas as informações e tirei todas as dúvidas a respeito da pesquisa. Sei também que a minha participação é voluntária e que posso desistir da entrevista mesmo depois do início, sem que isto me traga qualquer prejuízo pessoal ou de qualquer ordem. Sei também que a minha participação não terá qualquer consequência para mim nas instituições envolvidas na pesquisa.

Por tudo isso, declaro que li este termo de consentimento e concordo em participar da pesquisa respondendo às perguntas da entrevista.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do gestor: _____

Assinatura do entrevistador: _____



19. O hospital possui UTI Adulto em funcionamento?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
20. O hospital possui UI Adulto em funcionamento?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
21. O hospital possui UTI Neonatal em funcionamento?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
22. O hospital possui leitos de Cuidados Intermediários Neonatal em funcionamento?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
23. O hospital possui leitos de Método Canguru?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
24. O hospital/unidade é campo de ensino?	0. Não (vá para 26) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
25. O campo de ensino é credenciado pelo Ministério da Educação (MEC)?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
26. O serviço possui alguma das seguintes certificações? Para cada item, marcar: 0. Não 1. Sim 2. Em processo de habilitação		
a. Hospital Amigo da Criança		<input type="checkbox"/>
b. Prêmio Prof. Galba de Araújo		<input type="checkbox"/>
c. Outros: _____		<input type="checkbox"/>
27. O hospital possui Programa de Acreditação Hospitalar?	0. Não (vá para 30) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
28. Que tipo?		<input type="checkbox"/>
1. ONA Organização Nacional de Acreditação		<input type="checkbox"/>
2. JOINT COMISSION International		<input type="checkbox"/>
3. HIMSS – Healthcare Information and Management Systems Society		<input type="checkbox"/>
4. NIAHO – Acreditação Nacional Integrada para Organizações de Saúde		<input type="checkbox"/>
5. Accreditation Canada		<input type="checkbox"/>
6. Outro		<input type="checkbox"/>
29. Qual?		<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>
30. O hospital/unidade tem acesso a hemoderivados	0. Não (passar para questão 32) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
31. Qual a forma de acesso?		<input type="checkbox"/>
1. Agência transfusional dentro do hospital/unidade		<input type="checkbox"/>
2. Contrato de fornecimento público		<input type="checkbox"/>
3. Contrato de fornecimento privado		<input type="checkbox"/>
32. Onde são realizados exames laboratoriais de mulheres e bebês internados?		<input type="checkbox"/>
0. Na própria maternidade		<input type="checkbox"/>
1. Na maternidade e em serviços contratados		<input type="checkbox"/>
2. Em serviços contratados		<input type="checkbox"/>
33. Onde são realizados exames de imagem de mulheres e bebês internados?		<input type="checkbox"/>
0. Na própria maternidade		<input type="checkbox"/>
1. Na maternidade e em serviços contratados		<input type="checkbox"/>
2. Em serviços contratados		<input type="checkbox"/>

<p>34. O hospital/unidade tem acesso à ambulância para transporte da parturiente? 0. Não</p> <p style="text-align: center;">1 . Própria do hospital/unidade</p> <p style="text-align: center;">2. Contrato de fornecimento privado</p>	_ _
<p>35. O hospital/unidade tem acesso à ambulância para transferência do recém-nascido? 0. Não</p> <p style="text-align: center;">1 . Própria do hospital/unidade</p> <p style="text-align: center;">2. Contrato de fornecimento privado</p>	_ _

III. RECURSOS HUMANOS –

<p>36. Com relação à forma de organização do corpo clínico médico da obstetrícia, esse hospital:</p> <p>0. É um hospital de corpo clínico aberto</p> <p>1. É um hospital de operadora de Plano de Saúde</p> <p>2. Ambos</p>	_ _
---	-----

Com relação aos plantões, informe o número de profissionais por **plantão na obstetrícia (admissão + centro obstétrico)** e sua forma de organização:

a. Profissionais	b. Número por plantão	Forma de Organização dos Plantões				
		c. Profissional disponível na unidade durante as 24 horas do dia 0.Não 1.Sim	d. Profissional disponível na unidade durante 12 horas diurnas e de sobreaviso nas 12h noturnas 0.Não 1.Sim	e. Profissional de sobreaviso durante as 24 horas 0.Não 1.Sim	f. Outra	g. (apenas para quem respondeu "sim" nas opções "d, "e" ou "f") Quanto tempo, em média, os profissionais demoram para chegar ao estabelecimento, quando acionados?
Médico Obstetra						
Médico Neonatologista						
Médico Pediatra						
Médico Anestesista						
Médico generalista						
Enfermeira Obstetra						
Obstetriz						
Enfermeira Neonatologista						

Enfermeiro						
Técnico de Enfermagem						
37. Em média, quantos partos por mês são atendidos neste hospital? _ _ _ _ _ _ _						
38. Aproximadamente que proporção desses partos é atendida pela equipe de plantão do hospital? _ _ _ _ _ _ _ %						
39. Existe uma equipe multidisciplinar (médico especialista e / ou outras categorias profissionais) de sobreaviso para suporte no caso de mulheres com complicações? 0. Não (passar para 41) 1. Sim						_ _
40. Quais profissionais fazem parte dessa equipe? _____						
41. Existe uma equipe multidisciplinar (médico especialista e / ou outras categorias profissionais) de sobreaviso para suporte no caso de recém-natos com complicações? 0. Não (passar para 43) 1. Sim						_ _
42. Quais profissionais fazem parte dessa equipe? _____						
43. Existe coordenador médico do serviço de Obstetrícia? 0. Não (passar para 46) 1. Sim						_ _
44. Esse profissional possui especialização/residência na área de obstetrícia? 0. Não 1. Sim						_ _
45. Esse profissional exerce o papel de liderança clínica junto aos obstetras que atuam no hospital? 0. Não 1. Sim, apenas para os obstetras contratados do hospital 2. Sim para todos os obstetras						_ _
46. Existe coordenador médico do serviço de Neonatologia? 0. Não (passar para 49) 1. Sim						_ _
47. Esse profissional possui especialização/residência na área de neonatologia? 0. Não 1. Sim						_ _
48. Esse profissional exerce o papel de liderança clínica junto aos neonatologistas que atuam no hospital? 0. Não 1. Sim, apenas para os neonatologistas contratados do hospital 2. Sim para todos os neonatologistas						
49. Existe algum profissional com graduação em enfermagem que coordene a enfermagem no serviço de obstetrícia? 0. Não (passar para 52) 1. Sim						_ _
50. Esse profissional possui especialização/residência na área de obstetrícia? 0. Não 1. Sim						_ _
51. Esse profissional exerce o papel de liderança clínica junto aos enfermeiros que atuam no hospital? 0. Não 1. Sim, apenas para os enfermeiros contratados do hospital 2. Sim para todos os enfermeiros						
52. Existe algum profissional com graduação em enfermagem que coordene a enfermagem no serviço de neonatologia? 0. Não (passar para 55) 1. Sim						_ _

hemorragia pós-parto		
Atendimento em casos de hemorragia pós-parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sepse materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Indicação de internação da mulher em Unidade de Terapia Intensiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Profilaxia de sepse precoce por GBS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Atendimento de casos de recém-natos expostos à sífilis na gestação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Atendimento de casos de recém-natos expostos ao HIV na gestação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Atendimento aos recém-natos na sala de parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Contato precoce pele a pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aleitamento materno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Atendimento de recém-natos com icterícia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Atendimento de recém-natos com infecção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Atendimento de recém-natos com hipoglicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Indicação de internação em terapia intensiva neonatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Outras. Especifique:		
59. O hospital possui:		
a. Comissão de Revisão de Prontuário	0. Não	1. Sim <input type="checkbox"/>
b. Comissão de Revisão de Óbito	0. Não	1. Sim <input type="checkbox"/>
c. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	0. Não	1. Sim <input type="checkbox"/>
60. O hospital realiza reuniões científicas periódicas sobre boas práticas na atenção ao trabalho de parto e parto?	0. Não (passar para a 62)	1. Sim <input type="checkbox"/>
61. Com que periodicidade são feitas essas reuniões científicas?	<input type="checkbox"/>	
1. diária 2. semanal 3. Quinzenal 4. Mensal 5. Trimestral 6. Semestral 7. Anual		
8. sem prazo definido 9. Outro. Qual? _____		

62. O hospital monitora indicadores de processo e/ou resultado da assistência rotineiramente? <p style="text-align: right;">0. Não (passar para 67) 1. Sim</p>	_
63. Esse monitoramento é feito individualmente para cada médico/enfermeiro que presta assistência ao trabalho de parto e parto? <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	_
64. Quais? Para cada item, marcar: 0. Não 1. Sim	
a. Número total de partos (partos vaginais e cesarianas) (partos vaginais incluem os fórceps e vácuo-extrator)	_
b. Número/taxa de cesarianas	_
c. Número/taxa de cesarianas segundo Grupo de Robson	_
d. Número de gestantes com presença de acompanhante no parto	_
e. Número de partos vaginais assistidos por enfermeiras	_
f. Número de partos vaginais com episiotomia	_
g. Número de óbitos maternos / razão de mortalidade materna	_
h. Número de <i>near miss</i> materno/ incidência de <i>near miss</i> materno	_
i. Número de gestante / puérperas internadas em UTI adulto	_
j. Número de histerectomias	_
k. Número de mulheres que receberam transfusão sanguínea	_
l. Número de mulheres que receberam tratamento com antibiótico	_
m. Número de RN internados em UTI neonatal	_
n. Número de transferências de recém-nascidos para serviços de referência	_
o. Número total de nascidos vivos	_
p. Número/% de recém-nascidos com baixo peso ao nascer, abaixo de 2500g	_
q. Número/% de prematuros com idade gestacional menor que 37 semanas	_
r. Número/% de prematuros com idade gestacional 37 – 38 semanas (termo precoce)	_
s. Número de natimortos/ taxa de natimortalidade	_
t. Número/taxa de óbitos neonatais total/ taxa de mortalidade neonatal	_
u. Número de óbitos neonatais precoces / taxa de mortalidade neonatal precoce	_
v. Outros: Quais? _____	_
65. Esses indicadores são divulgados? <p style="text-align: right;">0. Não (passar para 67) 1. Sim</p>	_

<p>66. De que forma: (para cada item marcar 0. Não 1. Sim)</p> <p>a. Reunião</p> <p>b. Fixado no mural</p> <p>c. Intranet</p> <p>d. site do hospital</p> <p>f. Outros. Qual?: _____</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>67. O hospital tem metas de melhoria do cuidado materno-infantil? 0. Não (passar para 70) 1. Sim</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>68. Essas metas são compartilhadas com o conselho de líderes? 0. Não (passar para 70) 1. Sim</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>69. Quanto tempo da reunião mensal com o conselho de líderes é destinado à discussão das metas de melhoria do cuidado materno-infantil? (<i>Informar a proporção do tempo da reunião usualmente destinado à discussão dessas metas</i>)</p>	<p><input type="text"/></p>
<p>70. O hospital dispõe de um orçamento anual para investir no cuidado materno-infantil?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>71. O hospital recebeu a visita da FEBRASGO, da ABENFO e da equipe de um hospital de referência em parto vaginal/boas práticas? (<i>Para cada item, marcar 0. Não 1. Sim</i>)</p> <p>70.a. FEBRASGO</p> <p>70.b. ABENFO</p> <p>70.c. Hospital de referência em boas práticas. Qual?</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>

V. AMBIÊNCIA, EQUIPAMENTOS E INSUMOS PARA ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO, PARTO, PÓS-PARTO E CUIDADOS NEONATAIS

<p>72. Em que local as gestantes permanecem durante o trabalho de parto? (<i>pode marcar mais de um, marcar o mais frequente primeiro</i>)</p> <p>0. No quarto/enfermaria 1. No centro obstétrico/quarto PPP 2. No centro cirúrgico</p> <p>3. Outro. Especifique: _____</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>73. O local onde a gestante permanece durante o trabalho de parto é:</p> <p>1. Coletivo 2. Coletivo separado por biombos / cortinas 3. Individual</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>74. Existe área para deambulação interna ou externa das mulheres (ex. varanda, solário ou corredores)?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>75. A presença de Doula é permitida durante a internação?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>76. É permitida a presença do acompanhante de escolha da mulher:</p> <p>0. Não é permitida (passar para 79)</p> <p>1. É permitida em situações específicas (ex: acompanhante do sexo feminino, gestante adolescente, mulher com alguma deficiência, entre outras)</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

2. É permitida para todas as mulheres	
<p>77. Em que momentos a presença de acompanhante familiar de escolha da mulher é permitida durante a internação?</p> <p>Para cada opção, marque 0. Não ou 1. Sim</p> <p>a. Na admissão <input type="checkbox"/></p> <p>b. Durante o trabalho de parto <input type="checkbox"/></p> <p>c. Durante o parto vaginal <input type="checkbox"/></p> <p>d. Durante a cesariana <input type="checkbox"/></p> <p>e. Durante a recuperação anestésica <input type="checkbox"/></p> <p>f. Após o parto no quarto <input type="checkbox"/></p> <p>g. Após o parto na enfermaria <input type="checkbox"/></p> <p>h. Outro. Qual? _____ <input type="checkbox"/></p>	
<p>78. É necessário algum pagamento adicional para que a mulher tenha um acompanhante de sua escolha?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>79. O hospital possui algum dos seguintes recursos para alívio não farmacológico da dor durante o trabalho de parto? Para cada item, marcar: 0. Não 1. Sim</p>	
a. Bola de Bobat (bola para relaxamento perineal)	<input type="checkbox"/>
b. Cavalinho	<input type="checkbox"/>
c. Escada de Ling	<input type="checkbox"/>
d. Barra fixa	<input type="checkbox"/>
e. Chuveiro com água morna	<input type="checkbox"/>
f. Banheira com água morna	<input type="checkbox"/>
g. Outro: _____	<input type="checkbox"/>
<p>80. O hospital possui mesa/cama de parto que permita o parto em posições verticalizadas?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>81. O hospital possui dispositivo para controle da temperatura ambiente nos locais onde ocorrem os partos vaginais?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim, em alguns 2. Sim, em todos</p>	<input type="checkbox"/>
<p>82. O hospital possui dispositivo para controle da temperatura ambiente nos locais onde ocorrem as cesarianas?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim, em alguns 2. Sim, em todos</p>	<input type="checkbox"/>
<p>83. O hospital possui dispositivo para controle da luz ambiente nos locais onde ocorrem os partos vaginais?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim, em alguns 2. Sim, em todos</p>	<input type="checkbox"/>
<p>84. O hospital possui dispositivo para controle da luz ambiente nos locais onde ocorrem as cesarianas?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim, em alguns 2. Sim, em todos</p>	<input type="checkbox"/>

<p>85. Onde é realizado atendimento do recém-nato após o nascimento por parto vaginal? 1. No mesmo ambiente aonde ocorreu o parto 2. Em outro ambiente</p>	<input type="checkbox"/>
<p>86. Onde é realizado atendimento do recém-nato após o nascimento por cesariana? 1. No mesmo ambiente aonde ocorreu a cesariana 2. Em outro ambiente</p>	<input type="checkbox"/>
<p>EQUIPAMENTOS PARA ATENDIMENTO EMERGÊNCIA MATERNA</p>	
<p>87. Em situações de urgência e emergência materna, o setor de atendimento ao parto tem disponível: (ler as alternativas) Para cada item, marcar: 0. Não 1. Sim 2. Não, mas de fácil acesso</p>	
<p>a. Respirador/ventilador mecânico</p>	<input type="checkbox"/>
<p>b. Laringoscópio</p>	<input type="checkbox"/>
<p>c. Tubo orotraqueal</p>	<input type="checkbox"/>
<p>d. AMBU</p>	<input type="checkbox"/>
<p>e. Carrinho de parada cardio-respiratória</p>	<input type="checkbox"/>
<p>f. Desfibrilador</p>	<input type="checkbox"/>
<p>g. Monitor cardioscópico</p>	<input type="checkbox"/>
<p>h. Oxímetro de pulso</p>	<input type="checkbox"/>
<p>88. Em caso de necessidade de internação de gestante/puérpera em Unidade de Terapia Intensiva, existem leitos de UTI adulto na própria unidade hospitalar? 0. Não (passar para 90) 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>89. Os leitos de UTI adulto disponíveis são suficientes para o atendimento das gestantes/puérperas com complicações considerando o volume anual de partos da unidade? 0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>90. Em caso de necessidade de transferência da gestante/puérpera com complicações para internação em UTI adulto, existe referência estabelecida? 0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>EQUIPAMENTOS PARA ATENDIMENTO AO NEONATO APÓS O NASCIMENTO <i>Agora vou fazer algumas perguntas sobre o local onde é feito o primeiro atendimento do RN logo após o nascimento</i></p>	
<p>91. Quais são os equipamentos e materiais existentes na sala de parto/área de procedimentos com o RN? (ler as alternativas) Para cada item, marcar: 0. Não 1. Sim 2. Não, mas de fácil acesso</p>	
<p>a. Unidade/Mesa/Berço para reanimação com fonte de calor radiante</p>	<input type="checkbox"/>
<p>b. Máscaras cirúrgicas</p>	<input type="checkbox"/>
<p>c. Estetoscópio clínico infantil</p>	<input type="checkbox"/>

d. Laringoscópio completo	<input type="checkbox"/>
e. Tubo endotraqueal neonatal	<input type="checkbox"/>
f. Sondas traqueais neonatais sem válvula	<input type="checkbox"/>
g. Sondas de aspiração gástrica	<input type="checkbox"/>
h. Dispositivo para aspiração de mecônio	<input type="checkbox"/>
i. Material para ventilação (AMBU ou ressuscitador manual com reservatório de oxigênio)	<input type="checkbox"/>
j. Aspirador com manômetro e oxigênio	<input type="checkbox"/>
k. Baby Puff/ Neo Puff	<input type="checkbox"/>
92. Com relação à Unidade Neonatal (só se aplica para instituições com Unidade Neonatal)	
Para cada item, marcar: 0. Não 1. Sim	
93. Quais equipamentos estão disponíveis para atendimento ao recém-nato:	
1. Monitores de multiparâmetros (pressão, temperatura, oximetria, frequência cardíaca, respiração)	<input type="checkbox"/>
2. Oxímetros de pulso (somente oximetria)	<input type="checkbox"/>
3. Respiradores/Ventiladores mecânicos	<input type="checkbox"/>
94. Na UTI neonatal existe cadeira para mãe / pai acompanhar o recém - nato internado?	
0. Não 1. Sim, para alguns RN 2. Sim, para todos RN	
95. O hospital dispõe de banco de leite humano? 0. Não 1. Sim (passar para 98)	
96. O hospital/unidade possui acesso a leite humano ordenhado e pasteurizado para recém-natos internadas na UI/UTI? 0. Nunca 1. Sempre 2. Às vezes	
97. O hospital dispõe de local para coleta de leite humano para alimentação de recém - nato internado? 0. Não 1. Sim	
98. O hospital oferece rotineiramente ações de promoção e suporte ao aleitamento materno? 0. Não 1. Sim, durante o dia 2. Sim, em qualquer horário	

Agora vou fazer algumas perguntas sobre a farmácia hospitalar

99. Em relação à dispensação de medicamentos e estoque de materiais, qual a disponibilidade dos diferentes tipos de medicamentos utilizados para assistência ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido?	
Para cada item, marcar: 0. Não disponível 1. Disponível 8. Não faz parte da rotina	
a. Betabloqueador (Propranolol, Atenolol, Metoprolol, Pindolol, etc.)	<input type="checkbox"/>
b. Metildopa (Aldomet, Cardin, Etildopanan, Metildopa)	<input type="checkbox"/>
c. Hidralazina comprimido (Apresolina, Nepresol)	<input type="checkbox"/>
d. Hidralazina ampola (Apresolina, Nepresol)	<input type="checkbox"/>

e. Nifedipina 10 mg (Adalat, Nifelat, Cardalin, Loncord, Oxcord.)	<input type="checkbox"/>
f. ALPRAZOLAM: Apraz, Frontal, Tranquinal BROMAZEPAM: Brozepax, Lexotam, Nervium, Novazepam, Somalium; CLOBAZAM: Frizium, Urbanil; CLONAZEPAM: Rivotril; CLORDIAZEPÓXIDO: Psicosedim; CLOXAZOLAM: Elum, Olcadil; DIAZEPAM: Ansilive, Calmociteno, Diazepam, Kiatrion, Noam, Somaplus, Valium; LORAZEPAM: Lorium, Lorax, Mesmerin)	<input type="checkbox"/>
g. Corticosteróides (Betametasona, Celestone soluspan, Dexametasona)	<input type="checkbox"/>
h. Metil ergometrina ampola (Methergin)	<input type="checkbox"/>
i. Ocitocina (Ocitocina, Orastina, Oxiton, Syntocinon)	<input type="checkbox"/>
j. Misoprostol de 25 mcg vaginal (Citotec, Cytotec ou Misoprostol)	<input type="checkbox"/>
k. Misoprostol 200 mcg vaginal (Citotec, Cytotec ou Misoprostol)	<input type="checkbox"/>
l. Inibidores da contratilidade uterina (Nifedipina, Óxido nítrico, Indometacina, Sulfato de magnésio, Atosibano, Terbutalina, Salbutamol e Ritodrina)	<input type="checkbox"/>
m. Sulfato de magnésio	<input type="checkbox"/>
n. Surfactante (Curosurf, Surfaxin, Exosurf, Survanta)	<input type="checkbox"/>
o. Antihemorrágico (exceto vitamina K)	<input type="checkbox"/>
p. Vitamina K	<input type="checkbox"/>
q. Nitrato de prata	<input type="checkbox"/>
r. Rhogam/Matergam/Parthogama	<input type="checkbox"/>
s. Penicilina	<input type="checkbox"/>
t. Metronidazol	<input type="checkbox"/>
u. Clindamicina	<input type="checkbox"/>
v. Ampicilina	<input type="checkbox"/>
w. Cefazolina	<input type="checkbox"/>
x. Gentamicina	<input type="checkbox"/>
y. Vancomicina	<input type="checkbox"/>

V. CAPACIDADE INSTALADA

<p>100. Gostaríamos de ter acesso aos números de leitos perinatais operacionais relacionados abaixo:</p> <p>(Nota: Ter cuidado para não repetir leitos, isto é, se o leito for contabilizado num item não incluir novamente em outro. Contabilizar apenas leitos ATIVOS. Locais em reparos e desativados temporariamente NÃO SERÃO CONTABILIZADOS)</p>	
a. Número total de leitos operacionais da maternidade/unidade	<input type="text"/>

b. Número de quartos/box PPP (pré-parto/parto/pós-parto)	<input type="text"/>
c. Número de leitos PPP	<input type="text"/>
d. Número de salas/box de pré-parto (excluindo PPP)	<input type="text"/>
e. Número de leitos de pré-parto (excluindo PPP)	<input type="text"/>
f. Número de salas de parto (excluindo PPP)	<input type="text"/>
g. Número de mesas de parto (excluindo PPP)	<input type="text"/>
h. Número de salas de centro cirúrgico obstétrico	<input type="text"/>
i. Número de leitos RPA (recuperação pós-anestésica)	<input type="text"/>
j. Número de leitos obstétricos com alojamento conjunto	<input type="text"/>
k. Número de leitos obstétricos sem alojamento conjunto	<input type="text"/>
l. Número de leitos de pós-abortamento	<input type="text"/>
m. Número de leitos de UTI adulto	<input type="text"/>
n. Número de leitos de Cuidados Intermediários adulto	<input type="text"/>
o. Número de leitos para gestantes com intercorrências/gestação de alto risco	<input type="text"/>
p. Número de leitos para mães de RN internados	<input type="text"/>
q. Número de leitos de UTI neonatal	<input type="text"/>
r. Número de leitos de Cuidados Intermediários Neonatal/UI	<input type="text"/>
s. Número de leitos de Método Canguru	<input type="text"/>
t. Número de leitos de berçário para RN saudáveis	<input type="text"/>
u. Número de leitos de berçário para RN patológicos	<input type="text"/>

VI. RELAÇÃO DO HOSPITAL COM AS MULHERES USUÁRIAS DO HOSPITAL

<p>101. O hospital fornece cartão da gestante para as mulheres com assistência pré-natal realizada no próprio hospital?</p> <p>0. Não 1. Sim, de forma regular 2. Sim, de forma esporádica 8. Não realiza assistência pré-natal</p>	<input type="text"/>
<p>102. O hospital oferece grupos de gestante ou outras atividades educativas para as gestantes e seus familiares?</p> <p>0. Não (passar pra 104) 1. Sim, de forma regular 2. Sim, de forma esporádica</p>	<input type="text"/>
<p>103. Durante a participação nos grupos de gestante, a mulher é incentivada a elaborar um plano de parto?</p> <p>0. Não 1. Sim, de forma regular 2. Sim, de forma esporádica</p>	<input type="text"/>
<p>104. O hospital oferece às gestantes e familiares visita às instalações da maternidade em momento anterior à admissão para o parto?</p> <p>0. Não (passar para a 106) 1. Sim, de forma regular 2. Sim, de forma esporádica</p>	<input type="text"/>
<p>105. Essa visita inclui a UTI neonatal?</p>	<input type="text"/>

114. Liste as principais modificações feitas no processo de atenção ao parto e nascimento neste hospital após a implantação do Projeto Parto Adequado

115. Na sua opinião, quais foram as principais barreiras para a implantação do projeto Parto Adequado neste hospital?

116. Há alguma outra questão relacionada a este hospital que não foi abordada no questionário e que você gostaria de comentar?

0. Não (**Finalizar a entrevista**)

1. Sim

____|

117. Observações dos entrevistados:



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

OBJETIVOS DA PESQUISA

A pesquisa tem como objetivo principal identificar os tipos de parto realizados, os motivos para sua realização e os desfechos perinatais a eles associados, a partir da avaliação da assistência prestada à gestação, ao parto e aos recém-nascidos nas unidades de saúde. Serão focalizados aspectos relacionados às características estruturais dos ambientes e dos processos de gestão e produção.

PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

Será aplicado o questionário de estrutura e processo às unidades selecionadas. O questionário será preenchido com base nas informações prestadas pelo (a) Diretor (a) da unidade ou coordenador (a) do projeto Parto Adequado. O questionário contém dados relativos à estrutura física do hospital, recursos humanos, equipamentos e insumos disponíveis e forma de organização do trabalho. O (A) entrevistado (a) será estimulado (a) a responder as questões que lhe forem feitas, mas terá liberdade para deixar de responder aquelas que não desejar.

CONFIDENCIALIDADE

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

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

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS

A aplicação do questionário é longa, porém importante. O benefício direto desta pesquisa é a sistematização e disponibilização de dados que permitam verificar a relação da ambiência da unidade hospitalar e dos processos de trabalho adotados com a implantação de modelos de atenção ao parto baseados em evidências científicas, bem como a adequação das estruturas e processos para atendimento às complicações maternas e neonatais.

DÚVIDAS – PESQUISADORES RESPONSÁVEIS

Qualquer dúvida poderá ser tirada no momento da entrevista, com o entrevistador. Uma cópia do termo de consentimento será oferecida para o entrevistado. Caso a dúvida persista ou o entrevistado demande confirmação sobre a seriedade do estudo e de suas intenções, os seguintes contatos deverão ser fornecidos:

Maria do Carmo Leal ou Silvana Granado – Rua Leopoldo Bulhões 1.480, sala 808, Manguinhos

Tel: (**21) 2598-2620 ou 2598-2621.

Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – térreo Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ/ CEP 21041-210. Tel e Fax: (21) 2598-2863; e-mail: cep@ensp.fiocruz.br;

Entrevista Telefonica

Record ID: _____

Unidade hospitalar: [puerp_uni_hosp]

Nome da puérpera: [puerp_q8]

Nome do entrevistador: _____

Idade do RN na data de hoje _____

Telefone Residencial: [puerp_q15]

Telefone celular: [puerp_q16]

Telefone de familiar ou companheiro: [puerp_q17]

Nome e parentesco do familiar ou companheiro: [puerp_q18]

Telefone do trabalho: [puerp_q19]

Data do parto: [puerp_q3]

Data da entrevista telefônica _____

(Esta data também se refere à data da recusa ou data em que foi verificado que não havia nenhum telefone disponível)

(Idade do RN/tempo pós-parto (em dias) na data da entrevista)

Autorizou contato telefônico?

(se todos os telefones estiverem em branco ou assinalados com "9999" ou "0000", o contato não foi autorizado)

 Sim Não

Prontuário_9. Tipo de saída da puérpera do hospital onde foi realizado o parto:

- Alta
- Transferida no pós-parto
- Saída à revelia
- Óbito
- Permanece internada após 42 dias da data do parto

Prontuário_10. Data da alta/óbito da puérpera:_____
 Sem informação da data da alta/óbito da puérpera_____
(Número de dias pós-parto na alta/óbito da puérpera)

Tipo de gestação: [puerp_q5]

Nome do RN: [puerp_q7]

Tipo de parto: [puerp_q95]

Condição do RN: [puerp_q6]

Prontuário_6. Condição do RN no prontuário:

- Nascido vivo
 Natimorto

Prontuário_244. Tipo de saída do hospital:

- Alta
 Continuava internado aos 28 dias
 Transferido para outro hospital
 Óbito

Prontuário_245. Data da alta/óbito do RN:

Sem informação da data da alta/óbito do RN

(Idade (em dias) do RN na data da alta/óbito)

Segundo gemelar - Nome do RN: [puerp_q7a]

Segundo gemelar - Tipo de parto: [puerp_q95a]

Segundo gemelar - Condição do RN: [puerp_q6a]

Segundo gemelar - Prontuário_6
Condição do RN no prontuário:

- Nascido vivo
 Natimorto

Segundo gemelar - Prontuário_244.a
Tipo de saída do hospital:

- Alta
 Continuava internado aos 28 dias
 Transferido para outro hospital
 Óbito

Segundo gemelar - Prontuário_245.a

Data da alta/óbito do RN:

Sem informação da data da alta/óbito do segundo gemelar

(Idade (em dias) na data da alta/óbito do segundo gemelar)

Realizado contato telefônico com a puérpera ou familiar?

- Sim
 Não (não foi possível após contatos em números e horários diversos)
 Esperando o prazo de 43 dias
 Em tentativa

Motivo de não ter conseguido contato:

Boa tarde, [puerp_q8]. Meu nome é [ent_nome_entrev] e faço parte da equipe de pesquisa da Fiocruz que te entrevistou durante a internação para o parto do(a) [puerp_q7] no ([puerp_uni_hosp]). Estamos telefonando para saber como a Sra. ([puerp_q8]) e o(a) [puerp_q7] e o(a) [puerp_q7a] estão passando. A Sra. ([puerp_q8]) concordaria em responder algumas perguntas, que durarão em torno de 3 minutos?

- Concordou (mulher) Concordou (respondente) Não concordou

Motivo da recusa:

Nome e parentesco do respondente:

1) Como a [puerp_q8] está passando?

- Óbito
 Internada
 Bem, em casa

1.a) Qual foi a data do óbito da [puerp_q8]?

- Respondente não soube informar a data do óbito da puérpera

(Dias após o parto na data do óbito da puérpera)

1.b) Qual foi a causa do óbito da [puerp_q8]?

- Complicações da hipertensão arterial(inclui eclampsia e síndrome HELLP)
 Sangramento/hemorragia
 Infecção
 Embolia
 Outro. Qual?
 Não sabe informar

1.c) Qual outra causa?

2. Depois da (sua) alta (da Sra. [puerp_q8]) após o parto, foi iniciado tratamento com antibiótico? (não considerar antibiótico em uso no momento da alta)

Sim Não Não sabe informar
("Não sabe informar" é opção válida apenas para caso o entrevistado seja um respondente)

2.a) Por que a Sra precisou usar antibiótico? (Não ler as opções; pode ter mais de uma resposta)

Infecção na ferida operatória
 Mastite
 Infecção na episiotomia
 Infecção urinária
 Outro tipo de infecção. Qual?
 Não sabe informar
 ("Não sabe informar" é opção válida apenas para caso o entrevistado seja um respondente)

Qual?

3. Depois da (sua) alta (da Sra. [puerp_q8]) do ([puerp_uni_hosp]) onde ocorreu o parto, a Sra. ([puerp_q8]) foi reinternada?

Sim Não Não sabe informar
("Não sabe informar" é opção válida apenas para caso o entrevistado seja um respondente)

3.a) Em que hospital a Sra. ([puerp_q8]) se reinternou?

O mesmo onde realizou o parto
 Em outro hospital. Qual?
 Não sabe informar
 ("Não sabe informar" é opção válida apenas para caso o entrevistado seja um respondente)

Qual?

3.b) Qual foi a data dessa reinternação?

Não sabe informar a data da reinternação da puérpera

(Dias após o parto na data da reinternação da puérpera)

3.c) Quantos dias durou essa reinternação?

_____ (No caso de não saber/lembra o número de dias, digitar '-1')

3.d) Qual foi o motivo dessa nova internação? (Não ler as opções; pode ter mais de uma resposta)

Sangramento
 Infecção
 Embolia
 Pressão alta
 Outros. Qual?
 Não sabe informar
 ("Não sabe informar" é opção válida apenas para caso o entrevistado seja um respondente)

Qual?

3.e) Durante essa nova internação a Sra. ([puerp_q8]) foi operada?

- Sim Não Não sabe informar
("Não sabe informar" é opção válida apenas para caso o entrevistado seja um respondente)

3.f) A Sra. ([puerp_q8]) precisou retirar o útero?

- Sim Não Não sabe informar
("Não sabe informar" é opção válida apenas para caso o entrevistado seja um respondente)

3.g) Nessa nova internação a Sra. ([puerp_q8]) recebeu transfusão de sangue?

- Sim Não Não sabe informar
("Não sabe informar" é opção válida apenas para caso o entrevistado seja um respondente)

3.h) Nessa nova internação, a Sra. ([puerp_q8]) foi internada na UTI?

- Sim Não Não sabe informar
("Não sabe informar" é opção válida apenas para caso o entrevistado seja um respondente)

4. O(a) [puerp_q7] está bem?
(Esta pergunta se refere à pessoa que responde ao questionário. Não necessariamente a mãe da criança)

- Sim (ou qualquer outra resposta diferente das abaixo)
 Não, faleceu
 Não sei pois está morando com outra pessoa

4.a) Quando o [puerp_q7] faleceu?

Não sabe informar a data do óbito do RN

(Dias de vida quando o [puerp_q7] faleceu)

4.b) Qual foi a causa da morte do [puerp_q7]?
(Não ler as opções; pode ter mais de uma resposta)

- Problemas por ser prematuro
 Problema na respiração
 Problema no coração
 Infecção
 Malformação congênita
 Diarreia/Desidratação
 Problema no sangue
 Outra causa. Qual?
 Não sabe informar

Qual?

Encerrar a entrevista

5. Depois da alta do ([puerp_uni_hosp]) onde ocorreu o parto, o(a) [puerp_q7] foi reinternado(a)?

- Sim Não Não sabe informar

5.a) Em que hospital o(a) [puerp_q7] foi reinternado(a)?

- O mesmo onde nasceu
 Em outro hospital. Qual?
 Não sabe informar

Qual?

5.b) Qual foi a data dessa reinternação?

Não sabe informar a data de reinternação do RN

(Dias de vida na reinternação do [puerp_q7])

5.c) Quantos dias durou essa reinternação?

(No caso de não saber/lembra o número de dias, digitar '-1')

5.d) Qual foi o motivo dessa internação?
(Não ler as opções; pode ter mais de uma resposta)

- Para fazer fototerapia
- Pouco ganho de peso
- Desidratação
- Infecção
- Problema respiratório
- Outros. Qual?
- Não sabe informar

Qual?

5.e) Nessa nova internação, o [puerp_q7] foi internado em UTI?

- _____
- Sim Não Não sabe informar
("Não sabe informar" é opção válida apenas para caso o entrevistado seja um respondente)

6. O(a) [puerp_q7] saiu da maternidade mamando só no peito?

- Sim Não

6.a) Por que não estava só no peito?
(Não ler as opções; pode ter mais de uma resposta)

- Porque a puérpera apresentou algum problema de saúde
- Porque o bebê apresentou algum problema de saúde
- Porque era rotina do hospital e passaram outro leite
- Porque tinha pouco leite/leite fraco/bebê não pegou
- Porque não queria amamentar
- Por outro motivo. Qual?

Qual?

7. De ontem de manhã até hoje de manhã, o(a) [puerp_q7] mamou no peito?

- _____
- Sim Não

8. De ontem de manhã até hoje de manhã, o(a) [puerp_q7] tomou outro leite?

- Sim Não

9. De ontem de manhã até hoje de manhã, o(a) [puerp_q7] tomou água, chá ou suco?

- Sim Não

10. De ontem de manhã até hoje de manhã, o(a) [puerp_q7] comeu algum outro alimento?

- Sim Não

10.a) Qual?

SEGUNDO GEMELAR

4. O(a) [puerp_q7a] está bem?
(Esta pergunta se refere à pessoa que responde ao questionário. Não necessariamente a mãe da criança)

- Sim (ou qualquer outra resposta diferente das abaixo)
 Não, faleceu
 Não sei pois está morando com outra pessoa

4.a) Quando o [puerp_q7a] faleceu?

- _____
- Não sabe informar a data do óbito do segundo gemelar

(Dias de vida quando o [puerp_q7a] faleceu)

4.b) Qual foi a causa da morte do [puerp_q7a] ?
(Não ler as opções; pode ter mais de uma resposta)

- Problemas por ser prematuro
 Problema na respiração
 Problema no coração
 Infecção
 Malformação congênita
 Diarreia/Desidratação
 Problema no sangue
 Outra causa. Qual?
 Não sabe informar

Qual?

Encerrar a entrevista

5. Depois da alta do ([puerp_uni_hosp]) onde ocorreu o parto, o(a) [puerp_q7a] foi reinternado(a)?

- Sim Não Não sabe informar
("Não sabe informar" é opção válida apenas para caso o entrevistado seja um respondente)

5.a) Em que hospital o(a) [puerp_q7a] foi reinternado(a)?

- O mesmo onde nasceu
 Em outro hospital. Qual?
 Não sabe informar
("Não sabe informar" é opção válida apenas para caso o entrevistado seja um respondente)

Qual?

5.b) Qual foi a data dessa reinternação?

- _____
- Não sabe informar a data da reinternação do segundo gemelar

(Dias de vida na reinternação do [puerp_q7a])

5.c) Quantos dias durou essa reinternação?

(No caso de não saber/lembra o número de dias, digitar '-1')

5.d) Qual foi o motivo dessa internação?
(Não ler as opções; pode ter mais de uma resposta)

- Para fazer fototerapia
 - Pouco ganho de peso
 - Desidratação
 - Infecção
 - Problema respiratório
 - Outros. Qual?
 - Não sabe informar
- ("Não sabe informar" é opção válida apenas para caso o entrevistado seja um respondente)

Qual?

5.e) Nessa nova internação o [puerp_q7a] foi internado em UTI?

- _____
 Sim Não Não sabe informar
("Não sabe informar" é opção válida apenas para caso o entrevistado seja um respondente)

6. O(a) [puerp_q7a] saiu da maternidade mamando só no peito?

- Sim Não

6.a) Por que não estava só no peito?
(Não ler as opções; pode ter mais de uma resposta)

- Porque a puérpera apresentou algum problema de saúde
- Porque o bebê apresentou algum problema de saúde
- Porque era rotina do hospital e passaram outro leite
- Porque tinha pouco leite/leite fraco/bebê não pegou
- Porque não queria amamentar
- Por outro motivo. Qual?

Qual?

7. De ontem de manhã até hoje de manhã, o(a) [puerp_q7a] mamou no peito?

- _____
 Sim Não

8. De ontem de manhã até hoje de manhã, o(a) [puerp_q7a] tomou outro leite?

- Sim Não

9. De ontem de manhã até hoje de manhã, o(a) [puerp_q7a] tomou água, chá ou suco?

- Sim Não

10. De ontem de manhã até hoje de manhã, o(a) [puerp_q7a] comeu algum outro alimento?

- Sim Não

10.a) Qual?

Observações do entrevistador:

Agradecer e encerrar a entrevista