

“Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”

Questionário Hospitalar – Puérpera

2011

Estado |__|__|

- 11 Rondônia
- 14 Roraima
- 16 Amapá
- 12 Acre
- 13 Amazonas
- 15 Pará
- 17 Tocantins
- 21 Maranhão
- 22 Piauí
- 23 Ceará
- 24 Rio Grande Norte
- 25 Paraíba
- 26 Pernambuco
- 27 Alagoas
- 28 Sergipe
- 29 Bahia
- 31 Minas Gerais
- 35 São Paulo
- 32 Espírito Santo
- 33 Rio de Janeiro
- 51 Mato Grosso
- 50 Mato Grosso Sul
- 52 Goiás
- 53 Distrito Federal
- 41 Paraná
- 42 Santa Catarina
- 43 Rio Grande do Sul

Cidade: _____

Nome do Hospital: _____

Nome do entrevistador : _____

Tipo de Questionário: Puérpera Prontuário

Número da Mãe (entrevistada) |__|__|__|__|

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada _____,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “**Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento**”, de responsabilidade de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz e de outras instituições de pesquisa.

O estudo pretende identificar os tipos de parto realizados, os motivos para realização de cada um e avaliar o atendimento à mulher durante o pré-natal e o parto e aos recém-nascidos.

A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e a criança, não havendo qualquer risco envolvido.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre você e seu bebê e de como foi sua assistência desde o pré-natal além de consultar algumas informações em seu prontuário. Esta entrevista terá uma duração em torno de 30 minutos e as respostas serão registradas em um formulário eletrônico. Daqui a 45 a 60 dias entraremos em contato com você por telefone para saber como você e seu bebê estão ou visitá-la em seu domicílio, caso necessário.

Tudo que você falar ficará em segredo e o seu nome não será divulgado. Os resultados do estudo serão apresentados de forma que não seja possível identificar as pessoas que dele participaram. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou até desistir de participar, se assim desejar, sem qualquer prejuízo na sua relação com o serviço de saúde.

Declarou ter sido informada e concordou em participar, como voluntária, desta pesquisa *(passar para o Bloco I da entrevista)*

Não aceitou participar da pesquisa *(solicitar autorização para preenchimento do quadro “Informações adicionais no caso de recusa da mãe em participar da pesquisa”)*

Coordenação geral: Dra Maria do Carmo Leal

Para esclarecimentos, entrar em contato com Dra. Silvana Granada ou Dra. Mariza Theme.

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - sala 808 – Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210 Tel: (21) 2598-2621.

Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - sala 314

Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210.

Telefax: (21) 2598-2863 - e-mail: cep@ensp.fiocruz.br - <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

O horário de atendimento ao público do CEP/ENSP é de 14:00 às 17:00 horas.

Assinatura do entrevistador: _____

Nome e telefone do coordenador estadual: _____

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

1. Motivo da Recusa: _____

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

3. Escolaridade da mãe: Série do Ensino

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

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

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

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

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

7. Nome completo da Entrevistada (mãe): _____

QUESTIONÁRIO HOSPITALAR - PUÉRPERA

QUESTIONÁRIO | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

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

I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

1. Horário de início da entrevista _ _ _ _ : _ _ _ _	2. Data Entrevista _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _
3. Data do parto _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _	
4. Nº do prontuário da mãe _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
5. Tipo de gestação 1. Única 2. Gemelar (dois) 3. Gemelar (três) 4. Gemelar (quatro)	_
6. 1º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal 9. Não soube informar	_
7. Nome do 1º Recém-nascido _____	
8. 2º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal 9. Não soube informar	_
9. Nome do 2º Recém-nascido _____	
10. 3º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal 9. Não soube informar	_
11. Nome do 3º Recém-nascido _____	
12. 4º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal 9. Não soube informar	_
13. Nome do 4º Recém-nascido _____	

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

IV. PRÉ-NATAL

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

56. Quando ficou grávida, você: (ler as opções) 1. Querida engravidar naquele momento 2. Querida esperar mais tempo	<input type="text"/>
--	----------------------

3. Não queria engravidar		
57. Como você se sentiu quando soube que estava grávida do (a) (nome do bebê)? (ler as opções) 1. Satisfeita 2. Mais ou menos satisfeita 3. Insatisfeita		_ _
58. Você tentou interromper esta gravidez usando alguma medicação ou algum outro método? 0. Não (vá para 60) 1. Sim		_ _
59. Em que mês de gestação você estava?		_ _
60. Qual a data da sua última menstruação (antes do parto)? (Se não souber informar dia, mês ou ano, passar para a questão 62. Quando não souber informar o dia, colocar 99).	_ _ / _ _ / _ _	
61. Você tem certeza dessa data?	0. Não 1. Sim	_ _
62. Você fez pré-natal na gravidez do (a) (nome do bebê)?	0. Não 1. Sim (vá para 65)	_ _
63. Por que você não fez o pré-natal? (Não ler as opções)		
01. Não sabia que estava grávida		_ _
02. Não queria essa gravidez		_ _
03. Não achou importante		_ _
04. Não sabia que precisava		_ _
05. Não tinha dinheiro		_ _
06. Não tinha quem a acompanhasse		_ _
07. O local de atendimento era distante ou de difícil acesso		_ _
08. Não conseguiu consulta		_ _
09. O atendimento era demorado		_ _
10. Não podia ir nos horários de atendimento		_ _
11. O profissional era homem		_ _
12. Não gostava dos profissionais do serviço		_ _
13. Dificuldade de transporte		_ _
14. Outro motivo (responda a 64)	(Ao final dessa questão vá para a 84)	_ _

64. Que outro motivo? _____		(vá para 84)
65. Com quantas semanas ou meses de gravidez você começou o pré-natal? (Se souber informar semanas, não registrar meses. Se início do pré-natal até 4 meses ou 16 semanas vá para 70).	66. __ _ __ semanas	67. __ meses
68. Por que não começou o pré-natal mais cedo? (Não ler as opções)		
1. Dificuldade de acesso (tentou, mas não conseguiu consulta antes)		__
2. Dificuldades familiares (não tinha com quem deixar os filhos, não tinha quem a acompanhasse)		__
3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para o transporte)		__
4. Questões pessoais (não tinha certeza se queria manter esta gravidez, não acha importante iniciar o pré-natal cedo)		__
5. Dificuldades relacionadas ao trabalho/escola (falta de tempo para ir às consultas)		__
6. Não sabia que estava grávida		__
7. Outro (responda 69)		__
69. Outro? Defina o porque! _____		
70. Quantas consultas de pré-natal com médico, enfermeira ou parteira você fez durante a gravidez do (a) (nome do bebê) ? (caso a gestante tenha mudado de unidade ou tenha freqüentado pré-natal em mais de um serviço, considerar o total de consultas)		__ _ __
71. Na gravidez do (a) (nome do bebê) você recebeu um cartão de pré-natal/cartão da gestante? 0. Não 1. Sim		__
72. Onde foi realizada a maioria das consultas do pré-natal da gravidez do (a) (nome do bebê) ? (Ler as opções. Só colocar dois serviços se o número de consultas for igual nos dois)		
1. No serviço público		
2. No serviço particular ou de plano de saúde (vá para 74)		__
3. Nos dois		

<p>73. Em que tipo serviço foram feitas essas consultas?</p> <p>1. PSF/Posto PSF</p> <p>2. Posto de Saúde/Policlínica/Ambulatório</p> <p>3. Ambulatório do hospital</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>74. Qual profissional de saúde atendeu você durante a maior parte das consultas do pré-natal da gravidez do (a) (nome do bebê)?</p> <p>1. Médico 2. Enfermeiro 3. Parteira 4. Outro 9. Não sabe informar</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>75. Você foi acompanhada, durante o pré-natal da gravidez do (a) (nome do bebê) pelo mesmo profissional? (ler as opções)</p> <p>0. Não 1. Sim, a maior parte do tempo 2. Sim, o tempo todo</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>76. Você fez algum exame de ultrassonografia nesta gravidez?</p> <p>0. Não (vá para 78) 1. Sim</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>77. Quantas ultrassonografias (USG) você realizou durante a gravidez?</p>	<p><input type="text"/></p>
<p>78. Durante o pré-natal do (a) (nome do bebê), você foi informada sobre: (ler as opções)</p>	
<p>79. Como começa o trabalho de parto?</p> <p>0. Não 1. Sim</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>80. Sinais de risco na gravidez que devem fazer você procurar um serviço de saúde?</p> <p>0. Não 1. Sim</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>81. Sobre coisas que você poderia fazer durante o trabalho de parto para facilitar o nascimento do bebê (ex: andar, tomar banho, posições para o parto, formas de diminuir a dor, etc)?</p> <p>0. Não 1. Sim</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>82. Amamentar na primeira hora de vida?</p> <p>0. Não 1. Sim</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>83. Pelo o que você entendeu no pré-natal, você diria que, para uma gestação sem complicações: (ler as opções)</p> <p>1. O parto normal é mais seguro para a mãe</p> <p>2. A cesárea é mais segura para a mãe</p> <p>3. Tanto o parto normal quanto a cesárea são seguros para a mãe</p> <p>4. Não ficou esclarecida</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>84. Durante a gravidez do(a) (nome do bebê), algum profissional de saúde disse que você tinha algum dos</p>	

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

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

113. Durante a gestação do (a) (nome do bebê) , você foi orientada sobre qual hospital/ maternidade/casa de parto procurar para ter o parto?			
0. Não (vá para o Bloco V)			1. Sim
			<input type="checkbox"/>
114. Você fez o parto no serviço de saúde que foi indicado?			
0. Não 1. Sim (vá para o Bloco V)			<input type="checkbox"/>

<p>115. Por que não?</p> <p>1. Não tinha vaga 2. Era longe ou de difícil acesso 3. Não gosto do serviço</p> <p>4. Outros (responda a 116)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>116. Defina o porquê _____</p> <p>_____</p>	

V - DECISÃO SOBRE O TIPO DE PARTO

<p>117. No começo da gravidez do (a) (nome do bebê), que tipo de parto você queria ter?</p> <p>1. Parto normal</p> <p>2. Parto cesárea</p> <p>3. Não tinha preferência alguma (vá para 120)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>118. O que você acha que pôde ter influenciado a sua preferência, no começo da gravidez, em relação ao tipo de parto? (Não ler as opções)</p> <p>01. Histórias de parto de sua família e/ou de suas amigas</p> <p>02. A preferência de seu marido pelo tipo de parto</p> <p>03. O medo da dor do parto normal</p> <p>04. O medo do parto normal alterar sua vagina</p> <p>05. Queria ligar as trompas</p> <p>06. O medo da cesariana</p> <p>07. O medo da anestesia</p> <p>08. Para agendar a data do parto</p> <p>09. Ter um profissional conhecido na hora do parto</p> <p>10. Experiência anterior positiva com parto normal</p> <p>11. Experiência anterior negativa com parto normal</p> <p>12. Experiência anterior positiva com cesariana</p> <p>13. Experiência anterior negativa com cesariana</p> <p>14. Informação na internet</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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

VI. ADMISSÃO NA MATERNIDADE

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

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

07. A indução do parto em casa não funcionou	_ _
08. Estava passando mal (pressão alta, sangramento, etc...)	_ _
09. O bebê estava passando do tempo	_ _
10. O bebê não estava mexendo	_ _
11. O bebê estava em sofrimento	_ _
12. Outra (responda a 124)	_ _
124. Outra? Qual? _____	
125. Antes de ser internada neste hospital/maternidade você procurou atendimento em outro hospital/maternidade? 0. Não (vá para 129) 1. Sim	_
126. Se sim, quantos?	_
127. Por que não foi internada no outro hospital/maternidade? 1. Não havia vaga 2. Não estava em trabalho de parto 3. Foi referenciada para outro hospital por situação de risco 4. Hospital sem médico plantonista/hospital sem condição de atender 5. Não foi informada 6. Outro? (responda a 128)	_ _
128. Outro? Descreva o motivo _____ _____	
129. Como você veio para esta maternidade ? (ler as opções) 1. A pé 2. Carro particular 3. Ônibus/Trem/Van 4. Táxi 5. Ambulância 6. Outros (responda a 130)	_
130. Outros? Defina como veio! _____	
131. Quanto tempo se passou desde que você saiu de casa até chegar neste hospital/maternidade/casa de parto onde fez o parto? (se menos de 1 hora, anotar apenas os minutos; se mais de 1 hora e não lembrar minutos, anotar apenas horas. Preencher com 00 para as que já estavam internadas)	_ _ horas _ _ minutos
132. Depois que chegou nesse hospital/maternidade/casa de parto, quanto tempo demorou para ser atendida?	_ _ horas

(se menos de 1 hora, anotar apenas os minutos; se mais de 1 hora e não lembrar minutos, anotar apenas horas. Preencher com 00 para as que já estavam internadas)	__ __ minutos
133. Fizeram exame de toque vaginal quando você foi internada? 0. Não (vá para 135) 1. Sim	__
134. Quantos centímetros de dilatação você tinha na hora da internação? 000. Não tinha dilatação	__ __ , __ cm
135. Ouviram o coração do bebê na hora da admissão? 0. Não 1. Sim	__

VII. TRABALHO DE PARTO

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

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

136. Você entrou em trabalho de parto? 0. Não (vá para 151) 1. Sim (espontâneo ou induzido) 2. Não, apesar de ter sido induzido	__
137. Foram oferecidos líquidos, água, sucos e/ou sopas/alimentos durante o trabalho de parto? 0. Não 1. Sim	__
138. Você solicitou algum líquido ou alimento durante seu trabalho de parto? 0. Não (vá para 140) 1. Sim	__
139. Seu pedido foi atendido? 0. Não 1. Sim	__
140. Quando você estava no trabalho de parto, foi colocado soro na veia? 0. Não (vá para 143) 1. Sim	__
141. Foi posto no soro um medicamento para aumentar as contrações (ocitocina)? 0. Não (vá para 143) 1. Sim 9. Não soube informar (vá para 143)	__
142. Depois que colocaram a medicação no soro as contrações (dores) aumentaram? 1. Não percebeu diferença 2. As dores aumentaram um pouco	__

<p>3. As dores aumentaram muito</p>	
<p>143. Quando você estava no trabalho de parto, foi colocado algum remédio em sua vagina para induzir/acelerar o parto?</p> <p style="text-align: center;">0. Não (vá para 145) 1. Sim 9. Não soube informar (vá para 145)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>144. Depois que colocaram o remédio, as contrações (dores) aumentaram?</p> <p>1. Não percebeu diferença 2. As dores aumentaram um pouco</p> <p>3. As dores aumentaram muito.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>145. Romperam a bolsa depois que você chegou aqui no hospital? (ler as opções)</p> <p>1. Não, rompeu antes da internação</p> <p>2. Não, rompeu sozinha durante a internação</p> <p>3. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>146. Qual era a cor do líquido?</p> <p>1. Claro 2. Esverdeado/Amarronzado 3. Com sangue</p> <p>4. Amarelado/purulento 9. Não soube informar</p>	<input type="checkbox"/>
<p>147. Você pôde ficar fora da cama e andar durante o trabalho de parto? (ler as opções)</p> <p>0. Não, não era permitido 1. Não, porque não quis 2. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>148. Você utilizou alguma das seguintes medidas para aliviar a dor durante o trabalho de parto? (ler as opções)</p> <p>0. Não</p> <p>1. Banheira</p> <p>2. Chuveiro</p> <p>3. Bola</p> <p>4. Massagem</p> <p>5. Banquinho para posição de cócoras</p> <p>6. Cavalinho</p> <p>7. Outro (responda a 149)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>149. Qual? _____</p>	
<p>150. Depois que você chegou nesta maternidade, fizeram um exame chamado de cardiotocografia (exame feito através de duas fitas que ficam em volta da sua barriga para</p>	

<p>ver a contração e o batimento do coração do seu bebê)?</p> <p>0. Não</p> <p>1. Sim, na hora que internei</p> <p>2. Sim, em alguns momentos do trabalho de parto</p> <p>3. Sim, durante todo o trabalho de parto</p> <p>9. Não soube informar</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>151. Você teve acompanhante durante sua internação?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim (vá para 154)</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>152. Se não, por quê? (Não ler as opções)</p> <p>01. A maternidade não permitia qualquer acompanhante</p> <p>02. Não permitia homens</p> <p>03. Só permitia para adolescente</p> <p>04. Só permitia acompanhante maior de idade</p> <p>05. Eu não sabia que podia</p> <p>06. Eu não queria</p> <p>07. Não tinha quem ficasse comigo</p> <p>08. Tinha que pagar para ficar com acompanhante</p> <p>09. Só podia acompanhante na sala de parto</p> <p>10. Outros. (responda a 153)</p> <p style="text-align: right;">(Ao final dessa questão, vá para o bloco VIII)</p>	<p style="text-align: right;"> _ _ </p>
<p>153. Outros? Defina! _____</p> <p style="text-align: right;">(vá para o bloco VIII)</p>	
<p>154. Seu acompanhante ficou com você: (ler as opções)</p>	
<p>155. Durante o atendimento na admissão (antes de internar)?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>156. Todo o tempo do trabalho de parto (antes de nascer) no hospital?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim 2. Não entrei em trabalho de parto</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>157. Durante o parto (na hora de nascer mesmo)?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>158. No pós-parto imediato (no centro obstétrico/recuperação)?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>

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

VIII. PARTO

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

<p>164. Com quantos semanas/meses de gestação o (a) (nome do bebê) nasceu? (Se souber informar semanas, não marcar meses. Se maior que 37 semanas ou 9 meses passar para a questão 171)</p>	<p>165. <input type="text"/> <input type="text"/> Semanas</p> <p>166. <input type="text"/> Meses</p>
<p>167. Durante a gravidez do (a) (nome do bebê) você tomou alguma injeção para amadurecer o pulmão do bebê?</p> <p>0. Não (vá para 171)</p> <p>1. Sim durante o pré-natal</p> <p>2. Sim, na maternidade durante internação anterior</p> <p>3. Sim, na maternidade nesta internação</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<p>168. Você se lembra com quantos semanas/meses de gravidez tomou esta injeção? (se souber informar em semanas, não marcar meses)</p> <p style="text-align: center;">00. Não Sim, quantos meses/ semanas</p>	<p>169. __ __ Semanas</p> <p>170. __ Meses</p>
<p>171. O profissional de saúde que atendeu o parto do (a) (nome do bebê) foi o mesmo que acompanhou o pré-natal? 0. Não 1. Sim</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>172. Qual foi o tipo de parto que você teve? (ler as opções)</p> <p>1. Parto normal</p> <p>2. Parto a fórceps</p> <p>3. Parto cesáreo (vá para 181)</p> <p style="text-align: center;">(se gemelar, marcar o tipo de parto de todos os bebês)</p>	<p>1º __ </p> <p>2º __ </p> <p>3º __ </p> <p>4º __ </p>
<p>173. Quem fez seu parto?</p> <p>1. Médico (a) 2. Enfermeiro (a) 3. Parteira 4. Estudante</p> <p>5. O profissional de saúde não se apresentou 6. Pariu sozinha</p> <p>7. Outro? (responda a 174)</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>174. Outro? Quem? _____</p>	
<p>175. Você foi para outra sala na hora de ter o bebê? 0. Não 1. Sim</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>176. Qual foi a posição que você ficou para ter o bebê?</p> <p>1. Deitada de costas com as pernas levantadas</p> <p>2. Deitada de lado</p> <p>3. Sentada / reclinada</p> <p>4. Na banheira</p> <p>5. De quatro apoios</p> <p>6. De cócoras</p> <p>7. De pé</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>177. Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê? (manobra de Kristeller). 0. Não 1. Sim</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>178. Você sabe como ficou o seu períneo (vagina) depois do parto? (ler as opções)</p> <p>1. Não rompeu, não cortou e não deu pontos</p>	

<p>2. Rompeu um pouco, mas não precisou dar pontos</p> <p>3. Não levei pontos, mas não sei se rompeu</p> <p>4. Rompeu e deram pontos</p> <p>5. Cortaram e deram pontos</p> <p>6. Levei pontos, mas não sei se rompeu ou se o médico cortou</p> <p style="text-align: center;">(Se resposta 1, 2 ou 3, vá para 180)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>179. Foi feita anestesia no local antes do corte ou antes dos pontos?</p> <p>0. Não 1. Sim, antes do corte 2. Sim, antes dos pontos 9. Não soube informar</p>	<input type="checkbox"/>
<p>180. Foi aplicada anestesia nas costas em algum momento do trabalho de parto ou parto?</p> <p>0. Não 1. Sim, no trabalho de parto 2. Sim, no parto 9. Não soube informar</p>	<input type="checkbox"/>
<p>181. Na hora do parto qual a posição do(a) (nome do bebê) na sua barriga?</p> <p>1. De cabeça para baixo 2. Sentado 3. Outra posição</p> <p style="text-align: center;">(se gemelar, marcar a posição de todos os bebês)</p>	<p>1º <input type="checkbox"/></p> <p>182. 2º <input type="checkbox"/></p> <p>183. 3º <input type="checkbox"/></p> <p>184. 4º <input type="checkbox"/></p>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

207. Você já ofereceu o peito para o seu bebê?	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

0. Não (vá para 213) 1. Sim 8. Não se aplica		
208. Depois do nascimento, você deu o peito na sala de parto? 0. Não 1. Sim (vá para 215)		_ _
209. Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (mais ou menos) (Ao final desta questão, vá para 215)	210. _ _ _ dias	
	211. _ _ _ horas	
	212. _ _ _ minutos	
213. Por quê ainda não deu o peito ao seu bebê?		
1. Mãe HIV+		
2. Mãe HTLV+		_ _
3. Bebê prematuro		_ _
4. Bebê doente e não pode mamar		_ _
5. Leite não desceu/ pouco leite		_ _
6. Estou com soro na veia e não tenho posição para amamentar		_ _
7. Outros (responda a 214)		
214. Outros? Quais? _____		
215. (Aqui) no hospital, o/a (nome do bebê) recebeu outro leite ou líquido que não o do seu peito?		
0. Não (se gemelar, vá para o bloco XI, se única, vá para o bloco XVII)		
1. Sim		_ _
8. Não se aplica (se gemelar, vá para o bloco XI, se única, vá para o bloco XVII)		
9. Não sei (se gemelar, vá para o bloco XI, se única, vá para o bloco XVII)		
216. Por quê recebeu outro leite ou líquido? (Não ler opções)		
1. Bebê prematuro		
2. Bebê doente		_ _
3. Leite não havia descido/estava com pouco leite		_ _
4. Rotina hospitalar		_ _

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

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

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

220. O bebê eliminou cocô (mecônio) quando ainda estava na sua barriga?	_
0. Não 1. Sim 9. Não soube informar	
221. Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outros), você: (ler opções)	_
1. Colocou para mamar 2. Ficou com o bebê no colo	
3. Apenas viu o bebê 4. Não teve contato com o bebê	
222. O bebê veio para o quarto/enfermaria junto com você? 0. Não 1. Sim (vá para 229)	_
223. Por quê?	_
1. Foi para o berçário/incubadora/berço aquecido	
2. Foi para a UI/UTI/berçário patológico	
3. Outro motivo (responda a 224)	
224. Outro motivo? Qual? _____	
225. Quanto tempo depois do parto seu bebê pôde ficar com você no seu quarto?	226. _ _ dias

(Preencher com 77 nos casos em que o bebê ainda está na UI/UTI)	227. __ __ horas
	228. __ __ minutos
229. O seu bebê teve algum destes problemas ou necessidades? (ler as opções) (preencher 9 para “não sabe se teve este problema/não soube informar)	
230. Hipoglicemia – baixa de açúcar no sangue	0. Não 1.Sim __
231. Malformação congênita (incluindo defeito cardíaco).	0. Não 1.Sim __
232. Usou oxigênio após o nascimento	0. Não 1.Sim __
233. O bebê ficou amarelo (icterícia)	0. Não 1.Sim __
234. Tomou banho de luz	0. Não 1.Sim __
235. Foi transferido para outro hospital	0. Não 1.Sim __
236. Teve infecção	0. Não 1.Sim __
237. Outros	0. Não (vá para 239) 1.Sim __
238. Outros? Quais? _____	

XII – ALEITAMENTO MATERNO – SEGUNDO GEMELAR

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

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

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

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

<p>2. Mãe HTLV+</p> <p>3. Bebê prematuro</p> <p>4. Bebê doente e não pode mamar</p> <p>5. Leite não desceu/ pouco leite</p> <p>6. Estou com soro na veia e não tenho posição para amamentar</p> <p>7. Outros (responda a 246)</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>246. Outros? Quais? _____</p> <p>_____</p>	
<p>247. (Aqui) no hospital, o/a (nome do bebê) recebeu outro leite ou líquido que não o do seu peito?</p> <p>0. Não (caso gravidez de 3 gemelares ou mais, vá para o bloco XIII, caso seja gravidez de 2 gemelares, vá para o bloco XVII)</p> <p>1. Sim</p> <p>8. Não se aplica (caso gravidez de 3 gemelares ou mais, vá para o bloco XIII, caso seja gravidez de 2 gemelares, vá para o bloco XVII)</p> <p>9. Não sei (caso gravidez de 3 gemelares ou mais, vá para o bloco XIII, caso seja gravidez de 2 gemelares, vá para o bloco XVII)</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>248. Por quê recebeu outro leite ou líquido? (Não ler opções)</p> <p>1. Bebê prematuro</p> <p>2. Bebê doente</p> <p>3. Leite não havia descido/estava com pouco leite</p> <p>4. Rotina hospitalar</p> <p>5. Eu estava com soro na veia e não tinha posição para amamentar</p> <p>6. Foi prescrito pelo pediatra</p> <p>7. Outros (responda 249)</p> <p>9. Não soube informar</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>249. Outros: _____</p> <p>_____</p>	

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

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

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

252. O bebê eliminou cocô (mecônio) quando ainda estava na sua barriga?	
0. Não 1.Sim 9. Não soube informar	<input type="checkbox"/>
253. Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outros), você: (ler opções)	
1. Colocou para mamar 2. Ficou com o bebê no colo	<input type="checkbox"/>
3. Apenas viu o bebê 4. Não teve contato com o bebê	
254. O bebê veio para o quarto/enfermaria junto com você? 0. Não 1. Sim (vá para 261)	<input type="checkbox"/>
255. Por quê?	
1. Foi para o berçário/incubadora/berço aquecido	
2. Foi para a UI/UTI/berçário patológico	<input type="checkbox"/>
3. Outro motivo (responda a 256)	
256. Outro motivo? Qual? _____	
257. Quanto tempo depois do parto seu bebê pôde ficar com você no seu quarto? (Preencher com 77 nos casos em que o bebê ainda está na UI/UTI)	258. <input type="text"/> <input type="text"/> dias 259. <input type="text"/> <input type="text"/> horas 260. <input type="text"/> <input type="text"/> minutos
261. O seu bebê teve algum destes problemas ou necessidades? (ler as opções) (preencher 9 para “não sabe se teve este problema/não soube informar)	
262. Hipoglicemia – baixa de açúcar no sangue	0. Não 1.Sim <input type="checkbox"/>
263. Malformação congênita (incluindo defeito cardíaco).	0. Não 1.Sim <input type="checkbox"/>
264. Usou oxigênio após o nascimento	0. Não 1.Sim <input type="checkbox"/>

265. O bebê ficou amarelo (icterícia)	0. Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>
266. Tomou banho de luz	0. Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>
267. Foi transferido para outro hospital	0. Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>
268. Teve infecção	0. Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>
269. Outros	0. Não (vá para 271)	1.Sim	<input type="checkbox"/>
270. Outros? Quais? _____			

XIV – ALEITAMENTO MATERNO – TERCEIRO GEMELAR

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

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

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

271. Você já ofereceu o peito para o seu bebê?		<input type="checkbox"/>
0. Não (vá para 277) 1. Sim 8. Não se aplica		
272. Depois do nascimento, você deu o peito na sala de parto? 0. Não 1. Sim (vá para 279)		<input type="checkbox"/>
273. Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (mais ou menos) (Ao final desta questão, vá para 279)	274. <input type="text"/> <input type="text"/> dias	
	275. <input type="text"/> <input type="text"/> horas	
	276. <input type="text"/> <input type="text"/> minutos	
277. Por quê ainda não deu o peito ao seu bebê?		
1. Mãe HIV+		<input type="checkbox"/>
2. Mãe HTLV+		<input type="checkbox"/>
3. Bebê prematuro		<input type="checkbox"/>
4. Bebê doente e não pode mamar		<input type="checkbox"/>
5. Leite não desceu/ pouco leite		<input type="checkbox"/>
6. Estou com soro na veia e não tenho posição para amamentar		<input type="checkbox"/>
7. Outros (responda a 278)		

278. Outros? Quais? _____	
279. (Aqui) no hospital, o/a (nome do bebê) recebeu outro leite ou líquido que não o do seu peito?	
<p>0. Não (caso gravidez de 4 gemelares, vá para o bloco XV, caso seja gravidez de 3 gemelares, vá para o bloco XVII)</p> <p>1. Sim</p> <p>8. Não se aplica (caso gravidez de 4 gemelares, vá para o bloco XV, caso seja gravidez de 3 gemelares, vá para o bloco XVII)</p> <p>9. Não sei (caso gravidez de 4 gemelares, vá para o bloco XV, caso seja gravidez de 3 gemelares, vá para o bloco XVII)</p>	<input type="checkbox"/>
280. Por quê recebeu outro leite ou líquido? (Não ler opções)	
<p>1. Bebê prematuro</p> <p>2. Bebê doente</p> <p>3. Leite não havia descido/estava com pouco leite</p> <p>4. Rotina hospitalar</p> <p>5. Eu estava com soro na veia e não tinha posição para amamentar</p> <p>6. Foi prescrito pelo pediatra</p> <p>7. Outros (responda 281)</p> <p>9. Não soube informar</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
281. Outros _____	
282. Como o leite foi dado ao seu bebê?	
<p>1. Na mamadeira/chuquinha 2. No copinho</p> <p>3. Na sonda/gavagem/seringa 4. Outros (responda a 283) 9. Não soube informar</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
283. Outros? Quais? _____	

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

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

284. O bebê eliminou cocô (mecônio) quando ainda estava na sua barriga? <p style="text-align: right;">0. Não 1.Sim 9. Não soube informar</p>	<input type="text"/>
285. Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outros), você: (ler opções) <p>1. Colocou para mamar 2. Ficou com o bebê no colo 3. Apenas viu o bebê 4. Não teve contato com o bebê</p>	<input type="text"/>
286. O bebê veio para o quarto/enfermaria junto com você? 0. Não 1. Sim (vá para 293)	<input type="text"/>
287. Por quê? <p>1. Foi para o berçário/incubadora/berço aquecido 2. Foi para a UI/UTI/berçário patológico 3. Outro motivo (responda a 288)</p>	<input type="text"/>
288. Outro motivo? Qual? _____	
289. Quanto tempo depois do parto seu bebê pôde ficar com você no seu quarto? (Preencher com 77 nos casos em que o bebê ainda está na UI/UTI)	290. <input type="text"/> <input type="text"/> dias 291. <input type="text"/> <input type="text"/> horas 292. <input type="text"/> <input type="text"/> minutos
293. O seu bebê teve algum destes problemas ou necessidades? (ler as opções) (preencher 9 para “não sabe se teve este problema/não soube informar)	
294. Hipoglicemia – baixa de açúcar no sangue	<p style="text-align: right;">0. Não 1.Sim</p> <input type="text"/>
295. Malformação congênita (incluindo defeito cardíaco).	<p style="text-align: right;">0. Não 1.Sim</p> <input type="text"/>
296. Usou oxigênio após o nascimento	<p style="text-align: right;">0. Não 1.Sim</p> <input type="text"/>
297. O bebê ficou amarelo (icterícia)	<p style="text-align: right;">0. Não 1.Sim</p> <input type="text"/>
298. Tomou banho de luz	<p style="text-align: right;">0. Não 1.Sim</p> <input type="text"/>
299. Foi transferido para outro hospital	<p style="text-align: right;">0. Não 1.Sim</p> <input type="text"/>
300. Teve infecção	<p style="text-align: right;">0. Não 1.Sim</p> <input type="text"/>
301. Outros	<p style="text-align: right;">0. Não (vá para 303) 1.Sim</p> <input type="text"/>

302. Outros? Quais? _____

XVI – ALEITAMENTO MATERNO – QUARTO GEMELAR

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

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

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

303. Você já ofereceu o peito para o seu bebê? 0. Não (vá para 309) 1. Sim 8. Não se aplica	<input type="checkbox"/>
304. Depois do nascimento, você deu o peito na sala de parto? 0. Não 1. Sim (vá para 311)	<input type="checkbox"/>
305. Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (mais ou menos) (Ao final desta questão, vá para 311)	306. <input type="text"/> <input type="text"/> dias 307. <input type="text"/> <input type="text"/> horas 308. <input type="text"/> <input type="text"/> minutos
309. Por quê ainda não deu o peito ao seu bebê? 1. Mãe HIV+ 2. Mãe HTLV+ 3. Bebê prematuro 4. Bebê doente e não pode mamar 5. Leite não desceu/ pouco leite 6. Estou com soro na veia e não tenho posição para amamentar 7. Outros (responda a 310)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
310. Outros? Quais? _____ _____	
311. (Aqui) no hospital, o/a (nome do bebê) recebeu outro leite ou líquido que não o do seu peito? 0. Não (vá para o bloco XVII) 1. Sim 8. Não se aplica (vá para o bloco XVII) 9. Não sei (vá para o bloco XVII)	<input type="checkbox"/>

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

1. Bebê prematuro
2. Bebê doente
3. Leite não havia descido/estava com pouco leite
4. Rotina hospitalar
5. Eu estava com soro na veia e não tinha posição para amamentar
6. Foi prescrito pelo pediatra
7. Outros **(responda a 313)**
9. Não soube informar

|__|

|__|

|__|

|__|

313. Outros: _____

314. Como o leite foi dado ao seu bebê?

1. Na mamadeira/chuquinha
2. No copinho
3. Na sonda/gavagem/seringa
4. Outros **(responda a 315)**
9. Não soube informar

|__|

|__|

315. Outros? Quais? _____

XVII. DADOS FAMILIARES

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

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

325. Qual foi o último grau de escolaridade que o(a) chefe da família cursou? 0. Nenhum (vá para 329) 1. Ensino Fundamental (1º grau) (vá para 326) 2. Ensino Médio (2º grau) (vá para 327) 3. Ensino Superior (3º grau) (vá para 328) 9. Não soube informar	_
326. Última série do ensino fundamental que o(a) chefe da família concluiu na escola?	_
327. Última série do ensino médio que o(a) chefe da família conclui na escola?	_
328. Último ano do ensino superior que o(a) chefe da família conclui?	_

XVIII. IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO

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

329. Quantas pessoas moram na mesma casa, incluindo você? (não contar o RN)	_ _
330. Quantos quartos e salas têm na sua casa?	_ _
331. Você tem banheiro em casa de uso exclusivo da sua família? 0. Não (vá para a 333) 1. Sim	_
332. Quantos banheiros da sua casa (dentro ou fora) têm vaso sanitário?	_
333. <i>Agora, vou lhe fazer algumas perguntas sobre coisas que você pode ter ou não ter na sua casa.</i>	
334. Na sua casa tem rádio? 0. Não (vá para 336) 1. Sim	_
335. Quantos? 1. Um 2. Dois 3. Três 4. Mais de Três	_
336. Na sua casa tem geladeira 0. Não 1. Sim	_
337. Na sua casa tem freezer (aparelho independente ou parte de geladeira duplex) 0. Não 1. Sim	_
338. Na sua casa tem DVD ou vídeo cassete? 0. Não 1. Sim	_
339. Na sua casa tem máquina de lavar roupa? (não incluir tanquinho) 0. Não 1. Sim	_
340. Na sua casa tem televisão em cores? 0. Não (vá para 342) 1. Sim	_
341. Quantos? 1. Um 2. Dois 3. Três 4. Mais de Três	_
342. Na sua casa tem moto? 0. Não 1. Sim	_

343. Na sua casa tem carro particular?	0. Não (vá para 345)	1. Sim	<input type="checkbox"/>		
344. Quantos?	1. Um	2. Dois	3. Três	4. Mais de Três	<input type="checkbox"/>
345. Na sua casa tem empregada mensalista? (5 dias ou mais por semana)	0. Não (vá para 347)	1. Sim	<input type="checkbox"/>		
346. Quantas?	1. Uma	2. Mais de uma	<input type="checkbox"/>		

XIX. HÁBITOS MATERNOS

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

347. Você fumava antes da gravidez do (nome do bebê)?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
348. Você fumou nos primeiros cinco meses da gravidez do (nome do bebê)?	0. Não (vá para 351)	1. Sim	<input type="checkbox"/>
349. Você fumava todo dia?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
350. Quantos cigarros você fumava por dia? (um maço contém aproximadamente 20 cigarros)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
351. Você fumou após o quinto mês da gravidez do (nome do bebê)?	0. Não (vá para 354)	1. Sim	<input type="checkbox"/>
352. Você fumava todo dia?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
353. Quantos cigarros você fumava por dia? (um maço contém aproximadamente 20 cigarros)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
354. Durante a gravidez, você bebeu chopp, cerveja ou alguma outra bebida alcoólica? 0. Não (confirme: “nem de vez em quando?”) 1. Sim Se entrevistada for <u>completamente abstinência</u>, pular para o bloco XX			<input type="checkbox"/>
355. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
356. Seu (ex) companheiro ou seus pais se preocupam ou reclamam quando você bebe?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>

357. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
358. Alguma vez você acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido na noite passada? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
359. Quantas doses você precisa beber para se sentir “alta”, ou seja, quantas doses são necessárias para que você comece a se sentir diferente do seu jeito “normal”? <i>(Uma dose de bebida alcoólica corresponde, por exemplo, a uma lata ou meia garrafa de cerveja, a 1 chopp, a 2 copos de cerveja, a 1 copo de vinho, a uma dose de uísque, cachaça ou outros destilados ou a 1 copo de caipirinha)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

XX. ANTECEDENTES PESSOAIS

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

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

370. AVC/derrame	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
371. Doença do fígado confirmada por médico especialista que precisa de tratamento	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
372. Doença mental, que necessita de acompanhamento com especialista	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
373. Outros	0. Não (vá para 375)	1. Sim	<input type="checkbox"/>
374. Outros? Quais? _____			

XXI – PLANO DE SAÚDE

“Agora vou fazer algumas perguntas sobre plano de saúde”

<p>375. Você tem direito a algum plano de saúde, particular, de empresa ou órgão público? (ler as opções)</p> <p>0. Não (vá para o bloco XXII)</p> <p>1. Sim, apenas um</p> <p>2. Sim, mais de um</p>	<input type="checkbox"/>
<p>376. Há quanto tempo, sem interrupção, tem direito a este plano de saúde?</p> <p>1. Até 6 meses 2. Mais de 6 meses até 1 ano</p> <p>3. Mais de 1 ano até 2 anos 4. Mais de 2 anos 9. Não soube informar</p>	<input type="checkbox"/>
<p>377. Esse plano é individual ou familiar? 1. Individual (vá para 379) 2. Familiar</p>	<input type="checkbox"/>
<p>378. Se familiar, quantas pessoas tem direito a esse plano?</p>	<input type="text"/>
<p>379. Quem paga a mensalidade deste plano?</p> <p>1. Somente a empresa/empregador (vá para 381)</p> <p>2. O titular através do trabalho</p> <p>3. O titular diretamente ao plano</p> <p>9. Não soube informar (vá para 381)</p>	<input type="checkbox"/>

<p>380. Qual o valor da mensalidade do seu plano de saúde? (considerar o plano principal caso gestante tenha mais de um)</p> <p>01. Até 30 reais</p> <p>02. Mais de 30 reais até 50 reais</p> <p>03. Mais de 50 reais até 100 reais</p> <p>04. Mais de 100 reais até 200 reais</p> <p>05. Mais de 200 reais até 300 reais</p> <p>06. Mais de 300 reais até 500 reais</p> <p>07. Mais de 500 reais</p> <p>99. Não soube informar</p>	<p style="text-align: right;"> _ _ </p>
<p>381. Além da mensalidade, este plano de saúde cobra algum valor pelos atendimentos a que tem direito?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim 9. Não soube informar</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>382. Este plano de saúde dá direito à consulta médica?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim 9. Não soube informar</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>383. Este plano de saúde dá direito a internações hospitalares?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim 9. Não soube informar</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>384. Este plano de saúde dá direito a assistência ao parto?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim 9. Não soube informar</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>385. Este plano de saúde dá direito a exames complementares?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim 9. Não soube informar</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>386. A assistência à sua atual gravidez/parto foi coberta pelo plano de saúde? (ler as opções)</p> <p>1. Sim totalmente</p> <p>2. Sim, para as consultas de pré-natal</p> <p>3. Sim, para o parto</p> <p>4. Sim, para os exames</p> <p>5. Não (responda a 387)</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p> <p style="text-align: right;"> _ </p>

396. Observações do entrevistador:

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