Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Pesquisa “Mortalidade perinatal, morbidade materna grave e near miss materno: um estudo caso controle aninhado à pesquisa Nascer no Brasil II” (MMG-NMM-OP)

INSTRUTIVO

- Coleta de dados do prontuário -

2021

APRESENTAÇÃO

Este instrutivo tem como objetivo orientar os prontuaristas do estudo aninhado "Mortalidade perinatal, morbidade materna grave e near miss materno" a respeito da coleta de dados de prontuário. Leia com atenção esta parte inicial que apresenta os objetivos gerais da coleta de prontuários e a estrutura em blocos do questionário. Lembre-se de que algumas questões muito relevantes para o estudo serão obtidas exclusivamente do prontuário (diagnósticos, critérios clínicos para complicações graves, dados de cuidado neonatal em UTI etc.), de modo que a perda de informações desta fonte seria bastante prejudicial para a análise e resultados do estudo. Seu trabalho é fundamental para garantir a integridade dos dados!

ATENÇÃO: Esta versão do instrutivo é aplicável apenas para a coleta de dados de prontuário do estudo MMG-NMM-OP (estudo aninhado), contendo modificações em relação ao instrutivo para o estudo principal (NB2). Para a coleta de dados do estudo NB2, utilizar a versão do instrutivo específica do estudo.

Orientações gerais

- Siga as instruções deste instrutivo no preenchimento do instrumento de prontuário, mesmo que as definições adotadas no estudo sejam diferentes das que você utiliza na sua prática assistencial;
- De modo geral, o que deve ser coletado e informado no instrumento corresponde exatamente àquilo que está registrado no prontuário. Ou seja, nós coletamos a informação registrada no prontuário pelos profissionais que prestaram assistência. Não intérprete dados clínicos e resultados de exames complementares.

Estrutura do instrumento de coleta de dados de prontuário:

O instrumento é dividido em blocos e as perguntas dentro de cada bloco sempre se referem exclusivamente ao tópico do bloco. Por exemplo, o bloco **"Antecedentes Clínicos e Obstétricos"** contém perguntas APENAS de intercorrências anteriores à gestação atual, não devendo ser incluídas complicações ocorridas nesta gestação. Já o bloco a seguir, **"Intercorrências clínicas ou obstétricas na gestação atual (antes da internação para o parto)"**, contém informações apenas da gestação atual, incluindo complicações ou situações ocorridas antes da admissão atual. É importante retomar sempre essa relação entre a pergunta e o bloco para coletar as informações exatamente como questionadas (elas serão analisadas conforme o bloco).

OS BLOCOS SÃO OS SEGUINTES:

BLOCO 1: DADOS GERAIS DO PRONTUÁRIO (Q1 A Q10)

BLOCO 2: DADOS DA INTERNAÇÃO (Q11 A Q19)

BLOCO 3: ANTECEDENTES CLÍNICO-OBSTÉTRICOS

BLOCO 4: ANTECEDENTES PESSOAIS DE RISCO

BLOCO 5: INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS OU OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL (ANTES DA INTERNAÇÃO PARA O PARTO)

BLOCO 6: DADOS DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL (Q41)

BLOCO 7: DADOS DA INTERNAÇÃO (Q42-Q47)

BLOCO 8: DADOS DA ADMISSÃO HOSPITALAR (Q48-76)

BLOCO 9: ASSISTÊNCIA ÀS PERDAS FETAIS - DADOS DO MANEJO DA MULHER EM PROCESSO DE ABORTAMENTO DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR

BLOCO 10: ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES COM GESTAÇÃO ECTÓPICA

BLOCO 11: ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO (DADOS DO MANEJO DO TRABALHO DE PARTO HOSPITALAR) (Q84-107)

BLOCO 12: DADOS DA ASSISTÊNCIA AO PARTO (Q108 A Q122)

BLOCO 13: DADOS DA CESARIANA (Q123 A Q130)

BLOCO 14: DADOS DA ASSISTÊNCIA PÓS-PARTO OU PÓS-PERDA FETAL (Q131 A Q137)

BLOCO 15: MORBIDADE MATERNA DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR (Q138 A Q179)

BLOCO 16: DADOS SOBRE NEAR MISS MATERNO (Q180 A Q203)

BLOCO 17: DADOS DO RECÉM-NATO – 1ª PARTE (Q204 A Q217)

BLOCOS 18: DADOS DO RECÉM-NATO – 2ª PARTE (Q218 A Q278)

O formulário está organizado de forma a abrir apenas as questões relevantes para cada projeto. Por isso, é fundamental selecionar adequadamente o projeto para o qual os dados estão sendo coletados e não deixar questões em branco, pois o preenchimento de determinadas questões resultará na abertura ou não de perguntas subsequentes.

Uma vez que você esteja com um prontuário em mãos, você deve identificar a qual dos estudos aquele prontuário pertence e informar na Q1.2:

- É uma internação elegível para o estudo aninhado "Mortalidade perinatal, morbidade materna grave e near miss materno", incluindo puérperas com parto ou perda fetal em outra unidade hospitalar ou mulheres que receberam alta ainda gestante ou ainda casos de óbito neonatal precoce (até 6 dias) em que houve internação conjunta da mãe? → MARCAR 3 - Mulheres do estudo "morbidade materna grave"
- É um caso Óbito neonatal precoce (até 6 dias) nascido em outro hospital (sem internação conjunta da mãe)? → MARCAR 4 - Mulheres do estudo "mortalidade materna"

Atenção! Se for internação de puérpera (ou seja, teve parto em outro hospital) e houve também internação do RN neste hospital, assinalar o código "3", mesmo que o desfecho do RN tenha sido óbito neonatal precoce. O código "4" se aplica apenas para os óbitos neonatais precoces nascidos em outro hospital e com internação isolada (ou seja, sem a internação conjunta da mãe).

Atenção! Em caso de parto ocorrido fora do hospital (via pública, casa, carro, ambulância) mas que a mulher foi trazida para a unidade na sequência, para assistência ao pós-parto imediato (dequitação, revisão de períneo, cuidados com RN etc.), considerar que esta é uma INTERNAÇÃO PARA PARTO, porém informar nas observações finais que se trata de um parto ocorrido fora da instituição e informar o local. Este lembrete não é válido para internações de puérperas após o pós-parto imediato por motivos de complicações ou intercorrências, por exemplo.

Neste instrutivo, todas as questões existentes no instrumento do prontuário serão apresentadas, mas lembre-se que durante a coleta de dados, apenas as questões pertinentes a cada projeto aparecerão para você.
Leia com atenção as definições para cada pergunta e, sempre que tiver dúvidas, retorne ao instrutivo. Por mais que uma questão possa parecer óbvia para você, é importante que você cheque se a definição do estudo coincide com a que você tem em mente. Pode acontecer de o estudo ter um objetivo específico que leve a uma definição um pouco diferente daquela que você conhece. Sempre confirme!

Bloco 1: Dados gerais do prontuário (Q1 a Q10)

1.1. Hospital

Informar o nome do hospital ao qual pertence o prontuário corretamente. O preenchimento adequado desta questão permitirá a correta identificação da mulher em caso de eventual necessidade de revisão, bem como para os procedimentos de pagamento do prontuarista.

1.2. Estudo (lista única)

Selecionar o estudo para o qual a gestante está sendo incluída. A resposta adequada a esta questão organizará o questionário de modo a aparecerem apenas as questões que são aplicáveis para o caso em questão. As opções estão abaixo:

3 - MULHER DO ESTUDO "MORBIDADE MATERNA GRAVE"

4 - ÓBITO NEONATAL PRECOCE (ATÉ 6 DIAS) SEM INTERNAÇÃO CONJUNTA DA MÃE

O código "3" se aplica a qualquer internação de gestante ou puérpera (mesmo se for um caso de óbito neonatal precoce), ou seja, se a mulher foi internada em conjunto com o bebê, sempre será usado o código 3. O código "4" se aplica apenas aos óbitos neonatais precoces com internação isolada (ou seja, sem a internação conjunta da mãe). Um exemplo de uso do código 4 são as internações de bebês que nasceram em outra maternidade e foram transferidos para a maternidade do estudo sozinhos, sem a mãe.

1.3. Mulher (lista única)
1.4. Código único (lista única)
1.6. Estado:
1.8. Código do coletador:
1.9. Nome do coletador:
2. Data do início da coleta de dados:
3. Nº do prontuário da mulher:
4. Nome completo da mulher:

O preenchimento adequado deste bloco de questões permitirá a correta identificação da mulher em caso de eventual necessidade de revisão, bem como para os procedimentos de pagamento do prontuarista.

A questão 1.3. Mulher (lista única) corresponde ao número identificador da mulher na lista única do hospital. Este é o número que permitirá relacionar os dados de prontuário à entrevista hospitalar. Consulte a lista única e preencha esse número corretamente.

A questão 1.4. Código Único (lista única) deverá ser preenchida pelo prontuarista e será uma combinação do número do hospital (questão 1.1), o número do projeto (questão 1.2) e o número da mulher na lista única (questão 1.3). Por exemplo, hospital 100, projeto 2, mulher 055, o código único será 1002055.

A questão 1.5. Código único (validação) é preenchida de forma automática pelo Redcap, a partir das informações coletadas nas questões 1.1, 1.2 e 1.3.

Em caso de discordância entre o código preenchido por você na questão 1.4 e no número preenchido de forma automática pelo edcap na questão 1.5, aparecerá uma mensagem de erro: AVISO! O código único difere da combinação:(hospital - estudo - mulher). Nesse caso, REVEJA o preenchimento!

As questões 1.8 e 1.9 referem-se à identificação do profissional que está realizando a coleta de dados do prontuário. O preenchimento correto desse campo permitirá o pagamento da coleta realizada.

Confira o nome e o número informado do prontuário da mulher. Essas informações são essenciais, caso seja necessário solicitá-lo novamente.

4.1. Rua:
4.2. Bairro:
4.3. Município:
4.4. CEP:
4.5. Estado:
4.6. Telefone Residencial:
4.7. Telefone celular:
4.8. Telefone de contato:
4.9. Data de nascimento:
4.10. País de Nascimento:

Estas questões serão aplicáveis apenas às mulheres do estudo "mortalidade perinatal, morbidade materna grave e near miss materno" e aos óbitos maternos ocorridos antes da pesquisa NB2. O endereço completo da mulher é importante para os estudos de análise espacial que serão conduzidos dentro do escopo do projeto. Os dados telefônicos completos serão extremamente importantes para a realização de entrevistas telefônicas após a alta hospitalar da mulher. E o país de nascimento será utilizado para analisar a presença de imigrantes na amostra. No caso de não haver o país de nascimento explícito, mas houver município e estado no território brasileiro, considere como Brasil.

5. Cor da pele/raça
6. Nível de escolaridade
7. Situação conjugal

Selecionar a opção que se aplica à mulher, de acordo com os dados constantes no prontuário (usualmente na primeira página do mesmo). Cor da pele e nível de escolaridade também podem ser encontrados na Declaração de Nascido Vivo, quando disponível. Caso a informação não esteja disponível, selecione “Sem informação”. Nos casos em que houver registro de “morena”, considere Parda.

Atenção: A questão 6. Nível de escolaridade, contém diversas opções de resposta, inclusive o nível de escolaridade sem maior detalhamento (por exemplo, apenas “ensino fundamental”, sem especificar se completo ou incompleto, ou o número de anos estudado). Escolha a opção mais adequada considerando a informação disponível, evitando ao máximo o registro do “sem informação”. Caso haja informação apenas de profissão e esta profissão for explicitamente uma que exige

nível superior completo, registrar este nível de escolaridade. Cuidado, no entanto, com profissões que possuem também formação técnica – como contador e técnico de contabilidade, por exemplo. Se houver dúvida, coloque “Sem informação”.

8. A internação hospitalar foi paga pelo

Confirmar qual foi a fonte do pagamento da internação. Lembre-se de que alguns serviços possuem mais de uma fonte de pagamento (por exemplo, um hospital público que tem também internação pelo plano de saúde ou um hospital de plano de saúde que também interna pacientes particulares). Caso a informação não esteja disponível, selecione “Sem informação”.

9. Tipo de gestação:

Gestação única é aquela em que houve apenas 1 (um) feto e gestação gemelar é aquela em que ocorreu o desenvolvimento de 2 (dois) ou mais fetos. No estudo NBII, incluiremos apenas gestantes com 1 (única) ou 2 (gemelar) fetos. Para os casos de morte materna, esta restrição não se aplica. Entretanto, o formulário só contém a opção “Gemelar (dois)”. No caso de uma gestação com 3 ou mais fetos no estudo sobre mortalidade materna, assinale a opção “gemelar” e anote no campo observações ao final do instrumento, que se trata de uma gestação múltipla com mais de 2 fetos. A informação sobre o tipo de gestação pode ser facilmente obtida na ficha de admissão ou na folha de descrição do parto. Para os abortamentos sem informação sobre o tipo de gestação assinalar "única".

9.1. Tipo de gemelaridade

Esta questão aparecerá apenas se a resposta à questão 9 for “Gemelar (dois)”. Registrar o tipo de gestação gemelar: 1, Dicoriônica/Diamniótica; 2, Monocoriônica/Diamniótica; 3, Monocoriônica/Monoamniótica. Atentar para o fato de que a informação no prontuário pode estar registrada como DI-DI, MONO-DI E MONO-MONO. Caso não encontre informações sobre o tipo de gemelaridade, marque “sem informação”.

10.1 Desfecho da gestação (registrado no prontuário):

10.2 Desfecho da gestação (sua classificação):

Selecionar uma das três opções dependendo se a mulher é uma puérpera de parto (nativivo ou natimorto), de perda fetal precoce ou ainda se é uma gestante que teve alta ainda grávida (Permaneceu Gestante).

Atenção! A questão de Desfecho da Gestação tem dois itens, sendo o primeiro Desfecho da Gestação REGISTRADO NO PRONTUÁRIO (10.1) e o segundo Desfecho da Gestação SUA CLASSIFICAÇÃO (10.2). O objetivo desses itens é captar no estudo situações em que a definição utilizada no prontuário não coincide com a do estudo. Por exemplo, no prontuário está registrado um abortamento, porém os critérios do estudo não classificaram o caso como abortamento (por exemplo, por conta da idade gestacional ou peso). Ou ainda se o prontuário registrar um natimorto, mas pelos critérios do estudo houver sido um nascido vivo. Deste modo, você deve registrar primeiro o que está no prontuário, conforme documentado pelos profissionais, e depois a sua classificação.

Para fazer sua classificação, utilize as seguintes definições:

- Definição de nascido vivo: o nascimento de um feto vivo, que tenha apresentado respiração ou Apgar > 0 ou que tenha apresentado resposta à reanimação mesmo que tenha nascido parado, ainda que tenha morrido logo após, independentemente da idade gestacional (ou seja, se houver registro de que se trata de um feto que nasceu vivo, mesmo que abaixo de 20 semanas, considerar NASCIDO VIVO). Procurar no prontuário pelo Apgar, registro de respiração, frequência cardíaca, batimento no cordão ou qualquer evidência de vida. Caso tenha sido declarado natimorto no prontuário, mas tenha qualquer desses critérios, marcar sua classificação como PARTO (NASCIDO VIVO OU MORTO).
- Definição de natimorto: o nascimento de um feto morto com 22 semanas ou mais semanas gestacionais e/ou com peso ≥ 500g e/ou comprimento maior ou igual a 28 cm. Qualquer um desses critério é suficiente para classificar como natimorto e não como perda fetal, isto é, pode ter apenas 22 ou mais semanas mesmo que o peso seja menor ou o comprimento seja menor do que os limites. Caso tenha sido declarado como abortamento no prontuário, mas tenha qualquer desses critérios, marcar sua classificação como PARTO (NASCIDO VIVO OU MORTO).
- Perdas fetais com menos de 22 semanas gestacionais e menos de 500 gramas serão consideradas perdas fetais precoces. Neste caso, marcar sua classificação como PERDA FETAL PRECOCE (<22 SEMANAS)

Caso se trate de uma internação de puérpera admitida já no pós-parto, para o estudo da mortalidade perinatal, morbidade materna ou grave,*near miss* materno, registrar a opção "Parto (nascido vivo ou natimorto)". Caso se trate de uma internação de puérpera admitida pós-perda fetal precoce em outra instituição, para o estudo da morbidade materna grave, near miss materno ou mortalidade materna, registrar a opção "perda fetal". Caso se trate de um caso de morte materna ainda na gestação, sem que tenha havido parto ou abortamento ou procedimento para manejo da perda fetal (intervenções para gestações ectópicas ou mola, por exemplo), marcar "Alta como Gestante".

10.3. Condição de nascimento (registrado no prontuário):

10.4 Condição de nascimento (sua classificação):

A questão Condição de nascimento também tem dois itens: REGISTRADO NO PRONTUÁRIO e SUA CLASSIFICAÇÃO. Utilize as mesmas definições da questão 10.1 para classificar a condição no nascimento como NASCIDO VIVO ou NASCIDO MORTO. Mesmo que RN tenha morrido minutos depois do nascimento, deve ser registrado como nascido vivo. Em caso de dúvida, verificar se foi emitida declaração de nascido vivo (DN). Caso a gestação seja gemelar, será aberto outro campo para o segundo RN (Q.10.1G).

Atenção! Se o bebê tiver nascido vivo e continuar vivo na data da coleta de dados no prontuário, marcar a opção "Nascido vivo (e ainda vivo no momento do preenchimento do prontuário)". Caso tenha nascido vivo, mas tenha morrido antes da data de preenchimento do prontuário, marcar "Óbito neonatal". A opção "NSA" (não se aplica) deve ser marcada quando se tratar de perda fetal precoce ou alta como gestante.

10.3.1. Se natimorto

Esta questão aparecerá apenas se a resposta à questão 10.1 for "natimorto". Registrar se o óbito ocorreu antes do início do trabalho de parto (foi admitida com o bebê já tendo diagnóstico de óbito ou foi feito o diagnóstico de óbito antes de iniciar o trabalho de parto) ou durante o trabalho de parto (já tendo iniciado o trabalho de parto, pode estar registrado como óbito intraparto). Checar se havia BCF na admissão e no início do trabalho de parto, caso haja dúvidas sobre o momento. Se não houver informação que permita a identificação do momento do óbito, marque "sem informação".

10.3.2. Se natimorto, feto macerado?

Esta questão aparecerá apenas se a resposta à questão 10.1 for "natimorto". Registrar se há menção no prontuário a maceração fetal ou feto macerado ou sinais evidentes de óbito fetal há mais tempo. Caso o prontuário não contenha essa informação, marque "sem informação".

10.5. Tipo de perda fetal precoce:

Esta questão aparecerá apenas se a resposta à questão 10 for "Perda fetal". Identificar se se trata de uma situação de:

- Abortamento (espontâneo ou induzido ou ainda sem menção ao tipo do início do abortamento): pode estar registrado como aborto, abortamento, perda fetal < 22 semanas, OFIU < 22 semanas etc.
- Gestação ectópica: pode estar registrada como gestação ectópica ou gestação tubária ou ainda gestação extra-uterina
- Gestação molar: pode estar registrado como gestação molar, gravidez molar, mola, mola hidatiforme, doença trofoblástica gestacional, DTG
- Interrupção da gestação prevista em lei: inclui os casos de mulheres admitidas para interrupção legal da gestação por violência sexual/estupro, risco à vida da mulher, anencefalia, autorização judicial para interrupção por outra malformação fetal
- Sem informação: apenas se não houver qualquer menção às situações acima

Bloco 2: Dados da Internação (Q11 a Q19)

Os dados deste bloco serão diferentes para cada projeto:

Para o estudo Nascer no Brasil 2, considere as informações da **internação onde ocorreu a assistência ao parto ou à perda fetal precoce**. Caso a gestante tenha tido internações anteriores, durante a gravidez, no mesmo hospital onde ocorreu o parto, considere apenas as informações da internação que resultou no parto (por exemplo, para as informações sobre data e hora da internação e procedimentos realizados). Informações das internações anteriores poderão ser utilizadas, por exemplo, para preenchimento do bloco de intercorrências na gravidez.

Para o estudo da **mortalidade perinatal, morbidade grave e near miss materno:** considere apenas as informações da internação atual, que resultou no diagnóstico de morbidade materna grave, near miss materno e/ou óbito perinatal. Todos os tipos de internação serão considerados, seja a internação para assistência ao parto ou à perda fetal precoce, internação no pós-parto da mulher ou do RN ou internação e alta como gestante.

Para o estudo da **mortalidade materna**: serão coletados os dados da internação em que o óbito materno ocorreu, independentemente do motivo da internação ou do desfecho da gestação.

11. Data da Internação e 12. Hora da admissão

Considerar a data e o horário do atendimento que resultou na internação hospitalar. Por exemplo, caso a gestante tenha sido atendida em pronto socorro obstétrico e na sequência internada, considerar a data e horário do primeiro atendimento no pronto socorro. Caso não esteja disponível qualquer das informações, selecionar a opção "Não informada a data da internação" ou "Não informada a hora da internação".

13. Esta foi a internação onde ocorreu a assistência ao parto/ perda fetal?

Estas questões serão aplicáveis apenas às mulheres do estudo "mortalidade perinatal, morbidade materna grave e near miss materno" e do estudo "mortalidade materna", já que esses projetos incluem mulheres com assistência ao parto ou à perda fetal em internação anterior, neste ou em outro hospital (portanto, não abrirá para puérperas do estudo principal NB2, nem para as mulheres que tiveram alta como gestante).

O objetivo desta questão é identificar se esta internação para a qual está sendo coletado dado de prontuário é a internação onde ocorreu a assistência ao parto ou à perda, ou se trata-se de uma reinternação pós-parto ou perda.

Marcar "Sim" para os casos em que a assistência ao parto ou à perda fetal ocorreu em internação anterior, neste ou em outro serviço.

Caso a resposta seja "não" (ou seja, é uma reinternação no puerpério), abrirá a questão 13 "O parto ou o esvaziamento uterino aconteceu nesta maternidade?".

Atenção! Em caso de parto ocorrido fora do hospital (via pública, casa, carro, ambulância) mas que a mulher foi trazida para a unidade na sequência, para assistência ao pós-parto imediato (dequitação, revisão de períneo, cuidados com RN etc.), considerar que esta é uma INTERNAÇÃO PARA PARTO, porém informar nas observações finais que se trata de um parto ocorrido fora da instituição e informar o local. Isto é, a questão 13 deve ser respondida como SIM nos casos de parto fora do ambiente hospitalar, mas em que a puérpera foi trazida a maternidade para os cuidados de pós-parto imediato. Este lembrete não é válido para internações de puérperas após o pós-parto imediato por motivos de complicações ou intercorrências, por exemplo.

13.1 O parto ou o esvaziamento uterino aconteceu nesta maternidade?"

Informar se o parto ou esvaziamento uterino ocorreu no mesmo hospital onde ocorreu a internação por óbito perinatal, MMG, NMM ou morte materna. Caso não esteja explícito na internação por MMG ou que resultou no óbito, procurar em internações anteriores se há registro de parto ou esvaziamento uterino para esta mesma gestação.

Caso a internação para assistência ao parto ou à perda fetal tenha ocorrido em outro hospital, abrirão as questões 13.1.1, 13.1.2, 13.1.3. e 1.3.1.4, contendo informações sobre o hospital onde ocorreu a internação anterior:

13.1.1. Nome do hospital onde ocorreu o parto ou esvaziamento uterino
13.1.2. Cidade
13.1.3 Estado
13.1.4. Data da saída onde foi realizado o parto/esvaziamento uterino

13.2 Esta reinternação pós-parto ou pós-perda é uma internação de:" (opções: 1. Somente a mãe, 2. Mãe e bebê, 3 . Somente o bebê

Nessa questão, você deverá assinalar se a internação atual, ocorrida após a assistência ao parto ou perda fetal, é apenas da mulher, apenas do RN, ou de ambos.

14. Forma de acesso da mulher a esta unidade hospitalar

O objetivo desta questão é identificar de que forma a mulher acessou o serviço de saúde na internação para a qual serão coletados os dados. Procure classificar o modo de acesso em uma das opções de questões fechadas. Caso ela tenha sido trazida de ambulância, procure identificar no prontuário (por exemplo, na ficha de admissão ou no encaminhamento de outro serviço) se ela veio de outra unidade hospitalar transferida ou se foi trazida pelo serviço de emergência vinda do domicílio ou via pública. Utilize o campo "Outras" apenas quando a situação não se encaixar em nenhuma das alternativas disponíveis na questão. Caso o motivo seja "Outro", você deverá informar no campo aberto (questão 14.1) qual foi a outra forma de acesso.

14.1. Qual outra forma de acesso?

Descreva a outra forma de acesso da mulher a este serviço de saúde onde ocorreu a internação atual, caso a resposta seja "Outro" na 14.

14.2. Motivo da transferência

Esta questão será aplicável a todas as mulheres que vieram transferidas de ambulância, seja de outro hospital/unidade de saúde, ou de via pública ou domicílio. Esta informação está comumente registrada na admissão ou na primeira evolução da internação ou ainda em fichas de encaminhamento que podem estar anexadas ao prontuário. Caso o motivo da transferência seja diferente das opções listadas, marque "outras" e descreva o motivo na questão aberta 14.3.

14.3. Motivo da transferência

Descreva o motivo da transferência da mulher.

15. Forma de acesso do bebê a esta unidade hospitalar

O objetivo desta questão é identificar de que forma o bebê foi trazido para este serviço de saúde na internação para a qual serão coletados os dados. Procure classificar o modo de acesso em uma das opções de questões fechadas. Caso o bebê tenha sido trazido de ambulância, procure identificar no prontuário (por exemplo, na ficha de admissão ou no encaminhamento de outro serviço) se ela veio de outra unidade hospitalar transferida ou se foi trazida pelo serviço de emergência vinda do domicílio ou via pública. Utilize o campo "Outras" apenas quando a situação não se encaixar em nenhuma das alternativas disponíveis na questão.

Caso o motivo seja "Outro", você deverá informar no campo aberto (questão 15.1) que abrirá qual foi a outra forma de acesso.

15.1. Qual outra forma de acesso ?

Descreva a outra forma de acesso do bebê a este serviço de saúde onde ocorreu a internação atual.

16. Motivo da transferência

Esta questão será aplicável a todos os bebês que vieram transferidos de ambulância, seja de outro hospital/unidade de saúde, ou de via pública ou domicílio. Esta informação está comumente registrada na admissão ou na primeira evolução da internação ou ainda em fichas de encaminhamento que podem estar anexadas ao prontuário. Caso o motivo da transferência seja diferente das opções listadas, marque "outras" e descreva o motivo na questão aberta 16.1.

16.1. Qual outra

Descreva o motivo da transferência

17. Tipo de saída:

Informar o destino da mulher: se recebeu alta, saiu à revelia, foi a óbito, permanece internada após 42 dias da data do parto/perda fetal ou foi transferida. A opção 3 "Saída à revelia" será marcada para as puérperas que mesmo sem receber alta resolvem sair da unidade de saúde por conta própria. Caso ela tenha sido transferida, será necessário responder às questões 18-18.5, relativas ao local de transferência, motivo da transferência e tipo de saída do hospital para onde foi transferida. Caso ela tenha evoluído para óbito, será necessário responder às questões 19-19.5, relativas à causa do óbito e se houve necrópsia. Caso tenha sido transferida para mais de uma unidade de saúde, o tipo de saída refere-se à última unidade de saúde.

17.1. Data de saída (alta, transferência ou óbito) da mulher deste hospital:

Informar a data de saída do hospital, não importando se a saída se deu por alta (data da alta), transferência (data da transferência) ou óbito (data do óbito).

ATENÇÃO! Nos casos em que a puérpera ficou aguardando a alta do bebê devemos considerar a data em que a mulher recebeu a alta médica e não a que saiu do hospital com o bebê. Se a entrevistada foi para enfermaria canguru considerar que teve alta.

18.5 Data da saída do hospital para onde foi transferida:

Esta é a data da saída que constará no prontuário da unidade de saúde para onde foi transferida. Caso tenha sido transferida para mais de uma unidade de saúde, esta data refere-se à última unidade de saúde, respeitando-se o 42º dia pós-parto, data final para coleta de informações do prontuário, nos casos de internações prolongadas.

19.1. Transcrever as causas de óbito materno registrados no prontuário

Esta questão aparecerá apenas se a resposta à Q17 for "Óbito". Registrar nesta questão apenas as causas de morte registradas no prontuário, não considerar, neste campo, aquelas registradas na Declaração de Óbito.

19.2. Transcrever todas as causas listadas na DO

Esta questão aparecerá apenas se a resposta à Q17 for "Óbito". Procurar pela Declaração de Óbito anexada ao prontuário e transcrever as causas listadas na DO. Não há problema se elas forem diferentes daquelas registradas na questão anterior (relativa ao prontuário).

Q19.4 Número da declaração de óbito:

Essa informação será extraída da cópia rosa da declaração de óbito que fica no prontuário da mulher. Na ausência da declaração de óbito preencher com **9 até completar todos os campos (sem informação).**

Atenção: não confundir com o número do cartão SUS.

Bloco 3: Antecedentes clínico-obstétricos

Estas informações normalmente estão registradas no momento da internação da mulher ou na primeira evolução.

20. Número de gestações incluindo a atual

Informar o número de gestações total, incluindo a atual, independente se houve aborto, parto normal ou cesárea.

21. Número total de abortos anteriores

22. Número de abortos espontâneos anteriores

23. Número de abortos provocados anteriores
24. Número de partos vaginais anteriores
25. Número de cesarianas anteriores

Estas questões aparecerão apenas se o número de gestações informados na Q20 for >1. Informar o número total de abortamentos anteriores (Q21). Caso seja diferente de 0, aparecerão as questões 22 e 23 para informar quantos foram abortamentos espontâneos (Q22) e quantos foram provocados (Q23). Se não houver informação a respeito no prontuário, marcar "Sem informação". Informar nas questões Q24 e Q25 o número total de cesáreas ou partos vaginais ANTERIORES (não considerar o atual). Caso a resposta seja diferente de 0 para estas questões, será necessário informar ainda a data do último parto vaginal e da última cesárea (Q26 e Q27). Caso não haja informação da data completa, informar apenas o ano. Se não houver qualquer informação sobre a data, nem ano, marcar a opção "Sem informação".

Atenção! Estas questões possuem avisos para casos em que a soma total de partos, cesáreas e abortos ultrapassar o número total de gestações, por exemplo. Caso estes avisos apareçam, retorne à questão e confira item a item. Lembre-se que no caso de gestações gemelares anteriores, é possível o registro de um número de partos superior ao número de gestações, bem como um número total de nascidos superior ao número total de partos. Procure identificar se há registro de gestação gemelar prévia, caso números sejam incoerentes.

28. Natimorto anterior
29. Óbito neonatal anterior
30. Prematuro anterior
31. Recém-nascido de baixo peso anterior (bebê<2500g)

Estas questões aparecerão apenas se o número de gestações informados na Q20 for >1 e o número de partos vaginas e/ou cesáreas for diferente de 0. Estas informações estão usualmente registradas na ficha de admissão ou anamnese, tanto médica quanto de enfermagem. Marcar apenas Sim/Não. Se não houver informação a respeito no prontuário, marcar "Sem informação". Considerar prematuro como < 37 semanas e baixo peso como < 2500g.

Bloco 4: Antecedentes pessoais de risco

Além do número de gestações e partos algumas outras informações são importantes. Dizem respeito a possíveis problemas de saúde ANTES da gestação atual e que podem ter sido, inclusive, diagnosticadas em gestações anteriores. Em geral são registradas apenas as questões que têm alguma possibilidade de repercussão na gestação atual (ou seja, se houver antecedentes da infância de doenças que não estão ativas – como asma na infância –, não considerar). Se não houver registro de alguma das intercorrências listadas, ao final do bloco há a opção relacionada à ausência dos antecedentes ou fatores de risco listados (32.0. Nenhum dos antecedentes de risco listados abaixo), para ser usada caso não haja registro de nenhum antecedente pessoal de risco entre os disponíveis na lista.

32. Assinale os antecedentes pessoais de risco da mulher:

Algumas intercorrências clínicas anteriores à gestação atual têm especial importância nos desfechos da gestação e são muito importantes para esta pesquisa. Marcar todas as aplicáveis, conforme relato em prontuário.

Antecedentes clínicos cardiovasculares:

- Doença cardíaca: considerar qualquer tipo de doença cardíaca registrada no prontuário (estenose valvar, estenose mitral, estenose aórtica, prolapso valvar, prolapso mitral, prolapso aórtico, arritmias cardíacas, insuficiência cardíaca, cardiomegalia, coração grande ou chagásico, infarto do miocárdio, angina, história de cirurgia cardíaca em qualquer época da vida etc.);
- Hipertensão arterial com tratamento continuado antes da gestação: considerar somente a hipertensão crônica, não relacionada com a gestação, com diagnóstico antes da gestação. Pode estar descrita como HAC, Hipertensão Arterial Crônica, Hipertensão Arterial Sistêmica. Não incluir aqui Hipertensão Gestacional, Pré-Eclâmpsia ou diagnóstico de Hipertensão Crônica feita pela primeira vez na gestação (alterações de pressão arterial antes de 20 semanas na gestação atual). Estas condições serão informadas no Bloco seguinte (sobre intercorrências da gestação atual);
- Acidente Vascular Cerebral (AVC): considerar os diagnósticos de AVC, AVE, derrame cerebral, infarto cerebral etc. antes da gestação;
- Trombose venosa profunda (TVP) antes da gestação: considerar apenas eventos de trombose/tromboembólicos ocorridos antes da gestação atual;

Antecedentes clínicos endócrinos:

- Hipotireoidismo: não considerar outras descrições de patologias como nódulo de tireoide, doença da tireoide. Caso não esteja descrito o diagnóstico de hipotireoidismo, mas houver referência ao uso de levotiroxina (Puran, Euthyrox etc.), considerar que há hipotireoidismo e marcar esta questão;
- Hipertireoidismo: não considerar nódulo de tireoide ou doença da tireoide; quando não houver menção explícita à hipertireoidismo, mas houver referência a uso de propiltiouracil ou metimazol, considerar que há diagnóstico de hipertireoidismo;
- Diabetes gestacional em gestação prévia: considerar apenas se houver referência à diabetes gestacional (DMG) em gestação anterior à atual. Não considerar para esta questão mulheres com diagnóstico de diabetes gestacional na gestação atual;
- Diabetes pré-gestacional (tipo I ou tipo II): considerar os diagnósticos de diabetes tipo 2, diabetes mellitus, diabetes juvenil, diabetes insulino-dependente, diabetes overt etc. Não considerar para esta questão mulheres com diagnóstico de diabetes gestacional na gestação atual.

Antecedentes clínicos hematológicos / reumatológicos:

- Anemia grave: considerar condições crônicas e/ou diagnosticadas previamente à gestação atual. Não considerar diagnóstico de anemia grave apenas na gestação atual. Considerar diagnóstico de anemia crônica grave se

hemoglobina ≤ 8g/dl, ou descrição de quadro de anemia crônica grave, mesmo que não haja relato específico da hemoglobina. Não considerar diagnóstico de anemia na infância que não persistiu na vida adulta;

- Doença falciforme (não incluir traço falcêmico): considerar para esta questão o registro de diagnóstico de doença falciforme ou anemia falciforme, porém não considerar traço falcêmico;
- Outra hemoglobinopatia (talassemias): caso haja registro de outras hemoglobinopatias que não se incluam nas duas questões anteriores, marcar esta opção. Não considerar traço falcêmico ou traço talassêmico para esta questão;
- Síndrome do Anticorpo Antifosfolipídeo (SAF ou SAAF): considerar registo de Síndrome do Anticorpo Antifosfolipídeo, Síndrome Anti-Fosfolípide, SAF ou SAAF;
- Outras Trombofilias: deficiência proteína S, deficiência da proteína C, mutação do gene da protrombina, fator V de Leiden etc.;
- Lupus ou esclerodermia: considerar os diagnósticos de colagenose a esclarecer, doença do colágeno, LES (lupus eritematoso sistêmico) etc.;
- Vasculites sistêmicas: considerar os diagnósticos de vasculites sistêmicas, arterite de Takayasu, arterite temporal, doença de Kawasaki etc.

<u>Antecedentes clínicos respiratórios / renais / hepáticos / gastrointestinais:</u>

- Asma com necessidade de tratamento: não considerar bronquite como sinônimo de asma; não considerar antecedentes de asma na infância; considerar apenas quadros de asma com necessidade de tratamento continuado ou em casos de exacerbação da asma;
- Doença renal crônica: considerar os diagnósticos de insuficiência renal, história de transplante renal, história de diálise renal etc. Não incluir cálculo renal, infecção urinária de repetição, pielonefrite prévia;
- Doença hepática crônica: considerar os diagnósticos de cirrose, doença hepática crônica, falência hepática crônica, insuficiência hepática crônica, independentemente da causa. Não considerar cirurgia ou problema de vesícula ou esteatose hepática;
- Doença de Crohn e retocolite ulcerativa: considerar os diagnósticos de doença de Crohn e retocolite ulcerativa.

<u>Antecedentes neurológicos/psiquiátricos:</u>

- Convulsões/epilepsia: considerar qualquer histórico de convulsão/epilepsia. Atenção! Se houver descrito um episódio isolado de convulsão não considerar, bem como convulsão relacionada com a gestação;
- Depressão: considerar os diagnósticos de depressão, depressão maior, transtorno depressivo etc. Não considerar depressão na gestação atual;
- Transtornos de ansiedade: considerar os diagnósticos de ansiedade, transtorno de ansiedade, distúrbio de ansiedade etc.;
- Outros transtornos mentais: considerar os diagnósticos de doença psiquiátrica com ou sem história de internação, com exceção de depressão e transtorno de ansiedade; algumas vezes estão designadas apenas pelo código da

CID10; Todo o grupamento dos transtornos mentais na CID 10 começa com a letra F (F00 a F99). Alguns exemplos: transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia, transtorno psicótico, transtorno obsessivo-compulsivo.

Antecedentes patologias ginecológicas / cirurgias:

- Cerclagem em gestação anterior: considerar histórico de cerclagem ou circlagem em gestação anterior a esta. Não considerar ocorrência nesta gestação;
- Miomatose: considerar diagnóstico de miomas de qualquer localização ou tipo;
- Malformação uterina: considerar útero bicorno, útero didelfo, útero septado, outras malformações uterinas etc.;
- Cirurgia bariátrica: realização de cirurgia bariátrica anterior à gestação em qualquer momento da vida (não importa há quanto tempo); considerar cirurgia bariátrica, by-pass gástrico, banda gástrica etc.;
- Correção de fístula (retovaginal, vesicovaginal): considerar apenas registros explícitos de correção de FÍSTULA, tanto retovaginal quanto vesicovaginal; não considerar procedimentos estéticos ou reparadores de outro tipo.

Antecedentes clínicos/infecciosos:

- Pielonefrite (anterior a esta gestação): não considerar infecções urinárias, apenas pielonefrite; não considerar ocorrência na gestação atual;
- Infecção pelo HIV/Aids: considerar diagnóstico prévio à gestação atual, isto é, se a pessoa engravidou já tendo diagnóstico da infecção pelo HIV, estando ou não em tratamento para infecção HIV ou AIDS/SIDA. Caso o diagnóstico tenha ocorrido na gestação atual, isto deve ser informado no item "Intercorrências Clínicas ou Obstétricas da Gestação Atual";
- Portador crônico da hepatite C: considerar caso haja informação de que se trata de portadora crônica de hepatite C com diagnóstico anterior à gestação atual (caso o diagnóstico tenha ocorrido na gestação atual, isto deve ser informado no item "Intercorrências Clínicas ou Obstétricas da Gestação Atual"); caso se trate de um quadro de hepatite crônica ou complicações hepáticas da hepatite crônica, a opção correta a marcar é "doença hepática crônica";
- Portador crônico da hepatite B: considerar caso haja informação de que se trata de portadora crônica de hepatite B com diagnóstico anterior à gestação atual (caso o diagnóstico tenha ocorrido na gestação atual, isto deve ser informado no item "Intercorrências Clínicas ou Obstétricas da Gestação Atual"); caso se trate de um quadro de hepatite crônica ou complicações hepáticas da hepatite crônica, a opção correta a marcar é "doença hepática crônica".

Opções para mulheres sem qualquer das complicações listadas acima:

- Nenhum dos antecedentes de risco listados acima: selecione esta opção se a mulher não tiver nenhuma das condições listadas na questão.

Bloco 5: Intercorrências clínicas ou obstétricas na gestação atual (antes da internação para o parto)

Estas informações normalmente estão registradas no momento da internação da mulher ou na primeira evolução. Dizem respeito a possíveis problemas de saúde **DURANTE** a gestação atual, porém diagnosticados **ANTES** da internação para a qual os dados estão sendo coletados. **Se não houver registro de alguma das intercorrências listadas,** ao final do bloco há a opção relacionada à ausência de intercorrências na gestação atual listadas (33.0. Nenhuma das intercorrências clínicas ou obstétricas listadas abaixo, na gestação atual), para ser usada caso não haja registro de nenhuma intercorrência na gestação atual entre as disponíveis na lista.

Atenção: para diagnósticos que dependam da realização de exames, não confundir o registro da realização do exame com a positividade do mesmo (por exemplo, registro de realização de exame de cultura para streptococo não significa exame positivo).

33. A mulher apresentou algumas das seguintes intercorrências clínicas ou obstétricas na gestação atual antes desta internação hospitalar?

Algumas intercorrências clínicas ou obstétricas na gestação atual têm importância para os desfechos do estudo. Atente para que estas condições devem ser marcadas se tiverem sido diagnosticadas NESTA GESTAÇÃO, porém ANTES DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR para a qual estamos coletando dados para o estudo NBII. Serão considerados os seguintes diagnósticos **registrados** no prontuário, ou seja, não interprete dados do exame clínico e/ou exames complementares:

Intercorrências obstétricas:

- Incompetência/Insuficiência istmo-cervical (IIC)/Cerclagem: também chamada incompetência cervical, algumas vezes abreviada como IIC – em geral associada à realização de cerclagem; considerar apenas se o diagnóstico ou procedimento tiver ocorrido nesta gestação;
- Placenta prévia - placenta implantada próximo ao orifício interno do colo do útero, podendo cobri-lo completa ou parcialmente, ou estar marginal a ele; pode estar registrado como placenta centro-total, placenta centro-parcial;
- Ameaça/trabalho de parto prematuro – definido pela presença de contrações uterinas que promovem alteração cervical ou dilatação assintomática do colo antes do termo, especialmente antes de 34 semanas. Provavelmente essas mulheres fizeram uso de tocolíticos (nifedipina [adalat], isoxsuprina [inibina], salbutamol [aerolin] etc.) e/ou progesterona e/ou corticoide, porém não considerar o uso isolado dessas drogas como diagnóstico de ameaça de parto prematuro sem referência ao quadro clínico;
- Crescimento intrauterino restrito (CIUR), restrição do crescimento intrauterino (RCIU), ou crescimento fetal restrito, crescimento intrauterino retardado;
- Oligodramnia - diminuição da quantidade de líquido na bolsa amniótica. Geralmente registrado como oligoâmnio, oligo-hidramnia, adramnia; pode estar referido como índice de líquido amniótico (ILA) diminuído;
- Polidramnia - aumento da quantidade de líquido na bolsa amniótica. Geralmente registrado como polidrâmnio, poli-hidrâmio; pode estar referido como índice de líquido amniótico (ILA) aumentado;

- Amniorrexe prematura pré-termo – ruptura da bolsa antes do trabalho de parto ocorrida antes de 37 semanas. É sinônimo de ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO) ou PROM (sigla em inglês); considerar também quando há referência a amniorrexe ou bolsa rota (BR) ou bolsa rota espontânea (BRE) em que a mulher não estava em trabalho de parto e a gestação era pré-termo;
- Acretismo placentário (placenta acreta /increta /percreta): considerar acretismo, placenta acreta, increta, percreta, incretismo, percretismo; considerar diagnósticos na gestação; não considerar diagnóstico pós-parto;
- Colo curto (< 25 mm): considerar apenas se houver menção a colo curto com o valor da medida abaixo de 25mm ou medida de comprimento do colo via ultrassonografia registrada em prontuário menor do que 25mm (mesmo que sem registro de "colo curto"); não considerar informações de colo curto ou apagado obtidas através do exame de toque, considerar apenas dados de USG;
- Hemorragia via vaginal após 20 semanas sem especificação: considerar qualquer hemorragia via vaginal após 20 semanas, independente de especificação; pode estar registrada como hemorragia de terceiro trimestre;
- Isoimunização Rh - isoimunizada, ou aloimunização ou Doença hemolítica perinatal (DHPN). Considerar quando essa condição estiver descrita no prontuário.
- Diabetes gestacional sem necessidade de insulina - diabetes que surge ou é diagnosticado durante a gestação; diabetes mellitus gestacional – DMG. Não considerar gestante com diagnóstico de diabetes prévio à gestação;
- Diabetes gestacional com necessidade de insulina: mesma definição da questão anterior, porém com registro de uso de insulina;
- Hipertensão gestacional - presença de pressão arterial (PA) ≥ 140X90 mmHg diagnosticada após a 20ª semana de gestação, em mulheres sem hipertensão arterial crônica. Em alguns locais, pode ser encontrado o termo doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), síndrome hipertensiva específica da gestação (SHEG), toxemia gravídica, como sinônimo de hipertensão gestacional. Se houver qualquer menção à pré-eclâmpsia e/ou proteinúria, marcar a questão a seguir (Pré-Eclâmpsia).

  Atenção! Considerar apenas o registro do diagnóstico feito pelo profissional. Mesmo que a mulher apresente valores de PA elevados em cartão de pré-natal ou na admissão hospitalar, não registre esse diagnóstico caso não tenha sido informado pelo profissional que assistiu a gestante.
- Pré-eclâmpsia – Tradicionalmente definida como a presença de proteinúria em gestação com hipertensão gestacional. Em mulheres com diagnóstico de hipertensão crônica, o diagnóstico de pré-eclâmpsia deve ser caracterizado apenas se houver referência ao diagnóstico de pré-eclâmpsia sobreposta ou superajuntada ou ainda registro de HAC/HAS + PE/Pré-Eclâmpsia;
- Hipertensão crônica diagnosticada na gestação (antes de 20 semanas): presença de pressão arterial (PA) ≥ 140X90 mmHg diagnosticada antes da 20ª semana de gestação. Pode ser encontrada sob a sigla de HAC.

  Atenção! Considerar apenas o registro do diagnóstico feito pelo profissional. Mesmo que a mulher apresente valores de PA elevados em cartão de pré-natal ou na admissão hospitalar, não registre esse diagnóstico caso não tenha sido informado pelo profissional que assistiu a gestante.

Intercorrências infecciosas

- Sífilis diagnosticada na gestação: diagnóstico e/ou tratamento para sífilis; VDRL ou outra sorologia para sífilis positiva, com diagnóstico na gestação;
- Diagnóstico de infecção pelo HIV ou de AIDS/SIDA na gestação: soropositiva para o HIV, HIV +, AIDS, CID B34, com diagnóstico na gestação;
- Toxoplasmose (que precisou tratar) durante a gestação: toxo, IGG e IGM positivo para a toxoplasmose, para a qual esteja registrado tratamento, podendo ser uso de espiramicina, uso de esquema 1, uso de esquema 2 – ácido folinico, pirimetamina e sulfadiazina, ou tratamento não especificado, que tenha ocorrido durante a gestação;
- Infecção por zika durante a gestação: diagnóstico de zika (pode estar registrado ZIKV) na gestação por PCR de urina ou sangue;
- Infecção por dengue durante a gestação: diagnóstico clínico ou laboratorial de dengue ocorrida na gestação;
- Infecção por chicungunha durante a gestação: diagnóstico clínico ou laboratorial de chicungunha/Chikungunya ocorrida durante a gestação;
- Malária durante gestação: diagnóstico de malária feito durante a gestação;
- Pneumonia durante gestação: considerar qualquer registro de pneumonia durante a gestação, independente da etiologia (qual microrganismo causador);
- Infecção urinária (ITU) - cistite, bacteriúria assintomática, infecção urinária de repetição; não considerar pielonefrite ou sepse urinária nesta questão (se tiverem ocorrido, marcar a questão correspondente a seguir – Pielonefrite e/ou Sepse)
- Pielonefrite durante gestação: diagnóstico registrado em prontuário de pielonefrite ou nefrite durante esta gestação;
- Tuberculose durante gestação: considerar registro de tuberculose, TB, BK+ durante a gestação;
- Sepse durante gestação: considerar qualquer tipo de sepse registrada no prontuário, durante a gestação e anterior à internação atual.

<u>Intercorrências clínico-cirúrgicas</u>

- Colelitíase durante gestação: considerar cálculos biliares, cálculos da vesícula biliar, pedras na vesícula ou colelitíase;
- Colestase durante a gestação: considerar colestase gestacional ou colestase sem especificação;
- Púrpura trombocitopênica imune: considerar diagnóstico de PTI, púrpura trombocitopênica imune, durante a gestação; não considerar outros tipos de púrpura ou outras trombocitopenias~~;~~
- Trombose venosa profunda (TVP) durante gestação: ocorrência de trombose venosa profunda nesta gestação, anterior à internação atual. Pode haver registro de anticoagulação, porém nem toda situação de anticoagulação na gestação corresponde a TVP. Portanto, considere apenas o registro de TVP;
- Câncer de colo uterino: diagnóstico de câncer de colo uterino durante a gestação ou câncer de colo de útero em tratamento durante a gestação (não considerar antecedente de diagnóstico e tratamento antes da gestação);

- Outro câncer em tratamento na atual gestação: considerar qualquer outro câncer que não seja de colo de útero para registro nesta questão, desde que em tratamento atual na gestação; não considerar história passada de câncer.

Opções para mulheres sem qualquer das complicações listadas acima:

- Nenhuma das intercorrências clínicas ou obstétricas listadas acima na gestação atual: selecione esta opção se a mulher não tiver nenhuma das condições listadas na questão.

34. Infecção pelo coronavírus/ SARS-COV-2/COVID-19

Informar se houve diagnóstico de infecção pelo vírus SARS-COV2 durante a gestação, porém antes da internação atual. Pode estar registrado como coronavírus ou COVID-19 ou COVID. Considerar apenas se houve diagnóstico de COVID-19 registrado em prontuário, independentemente do método utilizado para confirmação (clínico, epidemiológico, laboratorial etc.). Não considerar se houver registro apenas de "suspeita de COVID". Ao registrar "Sim" nesta pergunta, abrirão questões a seguir sobre a data e o método de diagnóstico.

34.1. Data do diagnóstico do covid19?

Esta pergunta só aparecerá se a resposta à Q34 for "Sim". Informar a data do diagnóstico de COVID-19 conforme registrado no prontuário. Procure se há exame anexado no prontuário, por exemplo. Caso não haja informação específica da data do diagnóstico, mas houver menção por exemplo a "COVID-1 confirmada às 28 semanas" ou "RT-PCR positivo há 3 semanas", calcular a data do diagnóstico utilizando 1 semana = 7 dias. Utilize o calendário para essa estimativa. Não confundir o registro da realização do exame com a positividade do mesmo. Caso não haja nenhuma informação sobre a data, registrar "Não informada a data do diagnóstico do covid19". Caso mais de um método de diagnóstico tenha sido utilizado e, entre esses métodos, haja informação da data para RT-PCR, priorizar a data do RT-PCR nesta questão.

34.2. Método empregado para a confirmação diagnóstica? (pode marcar mais de uma opção)

Esta pergunta só aparecerá se a resposta à Q34 for "Sim". Informar os métodos descritos no prontuário para confirmação diagnóstica de COVID-19. Caso esteja registrado mais de um método, informar todos os aplicáveis. Por exemplo, pode estar registrado resultado de sorologia e RT-PCR.

35. "Antes da internação atual, foi internada durante a gravidez?

Informar se houve qualquer internação durante a gestação, antes da internação atual sobre a qual estão sendo coletados os dados para o estudo NBII, independente da causa. Esta informação está registrada com frequência no momento da internação ou primeira evolução.

35.1. Qual o motivo da internação? (pode marcar mais de uma opção)

Esta pergunta só aparecerá se a resposta à Q35 for “Sim”. Caso a gestante tenha sido internada previamente na gestação, informar o motivo da internação conforme registrado no prontuário. Se houver informação sobre mais de uma internação, registrar nesta questão todos os motivos aplicáveis.

36. Exame de cultura para estreptococo na vagina e/ou ânus e/ou urina com resultado positivo

Procurar no prontuário por informações acerca de exame de cultura para estreptococo na vagina e/ou ânus positivo ou ainda urocultura positiva para estreptococo. Pode estar registrado como swab ou urina + para GBS (streptococo do grupo B), Strepto +, EGB +, Streptococcus agalactiae. Atenção! Considerar apenas o registro de exame positivo. Não considerar o registro de exame realizado durante a gestação.

37. Essa gravidez foi resultado de reprodução assistida?

Informar se há registro de que a gestação atual tenha sido fruto de reprodução assistida. Pode estar registrado como fertilização in vitro, FIV, ICSI, inseminação artificial, indução da ovulação. Esta informação está registrada com frequência no momento da internação ou primeira evolução.

38. Se sim, qual método utilizado?

Esta pergunta só aparecerá se a resposta à Q37 for “Sim”. Caso tenha sido resultado de procedimentos de reprodução assistida, informar o método. Considerar a opção “medicamentoso” apenas se houver informação do uso de medicações para indução da ovulação, sem referência a mais nenhum outro método. Considerar a opção FIV se estiver registrado ICSI (injeção intracitoplasmática). Esta informação está registrada com frequência no momento da internação ou primeira evolução.

39. Houve diagnóstico no pré-natal de malformação congênita?

Informar se há registro no prontuário de diagnóstico pré-natal de malformação congênita ou síndromes genéticas confirmadas através de testes genéticos. Não considerar diagnósticos feitos no parto ou pós-parto sem que haja registro de diagnóstico ainda na gestação. Esta informação está registrada com frequência no momento da internação ou primeira evolução. Caso a gestação seja gemelar, você precisará informar também se houve diagnóstico para o segundo gemelar (questão 39G).

40. Cirurgia uterina anterior (miomectomia, microcesarea, cesariana com incisão corporal, outras cirurgias do corpo uterino EXCETO CESÁREA)

Informar qualquer cirurgia uterina anterior (referida como cicatriz uterina anterior, microcesárea anterior, miomectomia, cirurgia por perfuração uterina etc.). Não considerar cirurgia anterior em que não houve evidência de abordagem do útero (ex. laparoscopia para endometriose, laparoscopia diagnóstica, gestação ectópica). Não considerar também procedimentos realizados por histeroscopia, mesmo que tenha sido miomectomia por histeroscopia, a não ser que tenha resultado em perfuração uterina com subsequente abordagem abdominal.

Atenção! Cesárea anterior não deve ser contabilizada.

BLOCO 6: Dados da assistência pré-natal (Q41)

41.1. Idade gestacional na primeira consulta de pré-natal
41.2. Número de consultas de pré-natal
41.3. O Cartão de Pré-natal está disponível no prontuário?

Para as questões 41.1 e 41.2, as informações utilizadas para resposta serão apenas aquelas disponíveis no prontuário. Não utilizar informações do cartão de pré-natal, pois o objetivo destas questões é identificar e analisar a informação disponível no prontuário e não no cartão de pré-natal. Caso a informação não esteja disponível no prontuário, marque "Sem informação". Para a informação da idade gestacional na primeira consulta, caso estejam disponíveis apenas informações como "Pré-natal iniciado no 1º trimestre" ou "Pré-natal iniciado no terceiro trimestre", selecione a opção do trimestre correspondente. Porém, dê sempre preferência à informação da idade gestacional de início do pré-natal em semanas, se disponível.

Depois de respondidas estas questões com os dados do prontuário, procurar se há cópia ou original do cartão de pré-natal anexado no prontuário. Caso haja, marque "Sim" na Q41.3. Neste caso, você deverá fazer upload das fotos do cartão no sistema, conforme instrutivo próprio.

BLOCO 7: Dados da Internação (Q42-Q47)

Diz respeito a dados gerais sobre a internação para a qual estamos coletando dados para o estudo (seja internação para parto, abortamento ou as internações associadas a Mortalidade perinatal, Morbidade Materna Grave, Near Miss Materno ou Mortalidade Materna). As informações para responder a Q42 e Q43 em geral estão registradas em ficha própria de internação ou na primeira evolução médica quando não há um impresso próprio.

As questões 44-47 dizem respeito a testes sorológicos e ao diagnóstico de COVID-19 realizados durante a internação hospitalar e poderão ser respondidas analisando o prontuário todo (não apenas a admissão).

Lembrete: Para os fins do estudo, as informações sobre o momento da internação ou admissão dizem respeito às informações disponíveis no prontuário desde o primeiro atendimento que deu origem à internação até o momento da

definição da internação. Por exemplo: se a gestante chegou ao hospital e passou pelo acolhimento e classificação de risco, depois passou pelo pronto-atendimento para só então ser internada, as informações sobre o momento da internação e da admissão devem ser coletadas das fichas de acolhimento e classificação de risco e anotações do pronto-atendimento, até o momento que foi definida a internação (pode ser mais de um impresso e pode haver um intervalo de tempo longo entre os atendimentos, desde que a pessoa não tenha sido liberada para casa).

42. Motivo da internação

Esta questão é aplicável para todas as internações para as quais coletaremos dados durante o estudo. Procure a alternativa de resposta que mais se aplica ao caso para o qual você está coletando dados.

Atenção! A opção de resposta **"Intercorrência/complicação clínica ou obstétrica no pós-parto ou pós-abortamento"** é específica para as mulheres dos estudos "Morbidade Materna Grave" e "Mortalidade Materna", pois referem-se a internações no puerpério, após o parto ou perda fetal precoce. Essas opções não são aplicáveis para puérperas internadas para assistência ao parto ou à perda fetal precoce (estudo principal NBII) ou para aquelas que tiveram "Alta como Gestante" no estudo da Morbidade Materna e da Mortalidade Materna. Caso você assinale essa questão indevidamente, uma mensagem de erro aparecerá pedindo para que você reveja se essa internação realmente ocorreu no puerpério.

Lembre-se de que nessa questão estamos identificando o motivo da internação, que pode ter se alterado durante a internação. Por exemplo, uma gestante pode ter sido internada por uma complicação clínica, porém evoluiu para parto na mesma internação. A resposta correta nesse caso é a opção "**Intercorrência/complicação clínica ou obstétrica na gestação",** pois esse foi o motivo inicial da internação, e não a assistência ao parto, ainda que ele tenha ocorrido ao longo daquela internação. Do mesmo modo, se uma mulher foi internada para assistência ao parto, mas também há registro de intercorrências clínicas ou obstétricas da gestante, a resposta correta será umas das opções relacionadas a parto. Por exemplo, uma gestante hipertensa foi internada para a indução do parto. O motivo da internação será a opção "indução do parto", e não "intercorrência clínica ou obstétrica na gestação".

43. Diagnóstico na internação:

Nesta questão busca-se saber o diagnóstico clínico e/ou obstétrico da internação, no momento da ADMISSÃO. Procure essa informação na ficha de admissão ou primeira evolução médica. Não considerar listas de diagnóstico de resumos de alta ou do final da internação, o foco é o diagnóstico da internação. É preciso atentar para as opções de resposta deste bloco de perguntas. Leia todas as opções para encontrar aquelas que forem aplicáveis à mulher em tela.

Se não houver registro de algum dos diagnósticos listados, logo no início do bloco há a opção relacionada à ausência de diagnósticos listados (43.0 Nenhum diagnóstico da internação informado), para ser usada caso não haja registro de nenhum diagnóstico de internação entre as disponíveis na lista.

Para facilitar o preenchimento, os diagnósticos estão agrupados em grandes grupos de causas descritos a seguir:

Diagnósticos relacionados à perda fetal/abortamento: (estas opções são aplicáveis apenas para gestantes internadas por perda fetal precoce)

- Abortamento inevitável ou em curso
- Aborto completo
- Aborto incompleto não complicado
- Aborto incompleto complicado com hemorragia
- Aborto incompleto complicado com infecção
- Aborto retido não complicado
- Aborto retido complicado por hemorragia
- Aborto retido complicado com infecção
- Gravidez ectópica
- Gestação molar

Diagnósticos relacionados com internação para o parto: (estas opções são aplicáveis apenas para gestantes internadas para parto)

- Trabalho de parto
- Pródromos de trabalho de parto
- Trabalho de parto prematuro/ameaça de parto prematuro
- Amniorrexe prematura (Ruptura das membranas ovulares/Bolsa rota/BRE, RUPREMA, PROM)
- Gestação > 41 semanas
- Iteratividade (2 ou + cesáreas anteriores) ou cicatriz uterina de microcesarea ou miomectomia
- Cesariana a pedido

Diagnósticos relacionados ao feto:

- Apresentação pélvica
- Outra apresentação anômala (córmica/transversa)
- Óbito fetal: pode estar registrado como FM (feto morto), OFIU (óbito fetal intraútero), OF (óbito fetal), MFIU (morte fetal intraútero)
- Sofrimento fetal agudo: pode estar registrado como SFA
- Doppler fetal alterado (umbilical ou cerebral): considerar apenas se registro de doppler de artéria umbilical ou cerebral alterado (caso esteja assim descrito), ou ainda se tiver registro de centralização ou feto centralizado. Não considerar alteração de doppler de artérias uterinas para responder a esta questão.
- Crescimento intrauterino restrito (CIUR): Crescimento intrauterino restrito (CIUR), restrição do crescimento intrauterino (RCIU), ou crescimento fetal restrito, crescimento intrauterino retardado; pode estar registrado como CIUR, RCIU, ver definição anterior
- Macrossomia fetal: pode estar registrado como macrossômico ou peso fetal estimado acima de 4000g;

- Malformação fetal: considerar caso haja registro no prontuário de malformação congênita ou síndromes genéticas confirmadas através de testes genéticos

Alterações placentárias e do líquido amniótico:

- Polidramnia: aumento da quantidade de líquido na bolsa amniótica. Geralmente descrito como polidrâmnio, poli-hidrâmio; pode estar referido como índice de líquido amniótico (ILA) aumentado;
- Oligodramnia: diminuição da quantidade de líquido na bolsa amniótica. Geralmente descrito como oligoâmnio, oligo-hidramnia, adramnia; pode estar referido como índice de líquido amniótico (ILA) diminuído
- Descolamento prematuro da placenta: pode estar registrado como DPP
- Hemorragia vaginal no momento da internação não especificada
- Placenta prévia: placenta implantada próximo ao orifício interno do colo do útero, podendo cobri-lo completa ou parcialmente, ou estar marginal a ele; pode estar registrado como placenta centro-total, placenta centro-parcial
- Acretismo placentário (placenta acreta, increta ou percreta): considerar acretismo, placenta acreta, increta, percreta, incretismo, percretismo; considerar diagnósticos na gestação; não considerar diagnóstico pós-parto.

Síndromes hipertensivas e doenças cardiovasculares, cardiopatias, diabetes dist endócrinos:

- Hipertensão crônica: presença de pressão arterial (PA) ≥ 140X90 mmHg diagnosticada antes da 20ª semana de gestação. Pode ser encontrada sob a sigla de HAC
- Hipertensão gestacional / outras hipertensões sem classificação: - presença de pressão arterial (PA) ≥ 140X90 mmHg diagnosticada após a 20ª semana de gestação, em mulheres sem hipertensão arterial crônica. Em alguns locais, pode ser encontrado o termo doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), síndrome hipertensiva específica da gestação (SHEG), toxemia gravídica, como sinônimo de hipertensão gestacional. Se houver qualquer menção à pré-eclâmpsia e/ou proteinúria, marcar a questão a seguir (Pré-Eclâmpsia)
- Pré-eclâmpsia: Tradicionalmente definida como a presença de proteinúria em gestação com hipertensão gestacional. Em mulheres com diagnóstico de hipertensão crônica, o diagnóstico de pré-eclâmpsia deve ser caracterizado apenas se houver referência ao diagnóstico de pré-eclâmpsia sobreposta ou superajuntada ou ainda registro de HAC/HAS + PE/Pré-Eclâmpsia;
- Eclampsia: Convulsão generalizada em paciente SEM história prévia de epilepsia. Inclui coma na pré-eclâmpsia; Considerar apenas o diagnóstico na admissão hospitalar.
- Síndrome HELLP: checar se há registro específico de Síndrome HELLP no prontuário, não considerar caso haja referência à "HELLP parcial". Considerar apenas o diagnóstico na admissão hospitalar
- Cardiopatia materna: considerar qualquer tipo de doença cardíaca registrada no prontuário (estenose valvar, estenose mitral, estenose aórtica, prolapso valvar, prolapso mitral, prolapso aórtico, arritmias cardíacas, insuficiência cardíaca, cardiomegalia, coração grande ou chagásico, infarto do miocárdio, angina, história de cirurgia cardíaca em qualquer época da vida etc.);
- Trombose venosa profunda (TVP)

- Embolia pulmonar: pode estar registrada como TEP (tromboembolismo pulmonar).
- Choque: considerar qualquer referência a choque, não importando o tipo (choque anafilático, neurogênico, hipovolêmico, séptico).

Doenças endócrinas

- Diabetes pré-gestacional (diabetes tipo 1 ou tipo 2)
- Diabetes gestacional
- Hipertireoidismo

Doenças hematológicas / reumatológicas:

- Doença falciforme (não incluir traço falcêmico): considerar para esta questão o registro de diagnóstico de doença falciforme ou anemia falciforme, porém não considerar traço falcêmico;;
- Púrpura trombocitopênica imune (PTI): considerar diagnóstico de PTI, púrpura trombocitopênica imune; não considerar outros tipos de púrpura ou outras trombocitopenias
- Anemia grave (hemoglobina ≤ 8g/dl): Considerar diagnóstico de anemia grave se hemoglobina ≤ 8g/dl, ou descrição de quadro de anemia grave, mesmo que não haja relato específico da hemoglobina. Não considerar diagnóstico de anemia na infância que não persistiu na vida adulta ou se houver diagnóstico de anemia sem especificação da gravidade ou hemoglobina;
- Coagulopatia: considerar distúrbio da coagulação ou coagulopatia, se indicado como razão da internação
- Síndrome do anticorpo antifosfolipídeo (SAF ou SAAF): ver definição anterior;
- Outras trombofilias (deficiência proteína S, deficiência da proteína C, mutação do gene da protrombina, fator V de Leiden): ver definição anterior;
- Doença hemolítica perinatal / Isoimunização Rh: ver definição anterior;
- Lúpus eritematoso sistêmico ou esclerodermia: ver definição anterior

Doenças respiratórias / renais / hepáticas / gastrintestinais:

- Colestase: ver definição anterior;
- Hiperêmese gravídica:
- Nefropatia materna: considerar doença renal crônica, doença renal aguda, insuficiência renal de qualquer tipo, cálculo renal, desde que indicada como diagnóstico de internação;
- Asma: ver definição anterior.

Doenças do sistema nervoso central, psiquiátricas e câncer:

- Epilepsia/convulsão: ver definição anterior;
- Acidente vascular cerebral: ver definição anterior;
- Depressão: ver definição anterior.

Diagnósticos relacionados com infecção:

- ITU/Pielonefrite
- Corioamnionite
- Sepse
- Pneumonia
- Infecção pelo HIV/AIDS
- Tuberculose
- Malária
- Hepatite B
- Hepatite C
- Dengue
- Zika
- Toxoplasmose
- Outras infecções congênitas (citomegalovírus, rubéola, parvovírus)
- Apendicite
- Colecistite
- Colangite
- Pancreatite
- Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)
- SARS-COV-2/COVID-19

Diagnósticos relacionados ao pós-parto ou pós-abortamento: (utilize essas opções apenas para mulheres que foram internadas por complicações pós-parto ou pós-abortamento)

- Endometrite pós-parto ou pós perda fetal precoce
- Infecção de ferida operatória
- Mastite / Abscesso mamário
- Hemorragia pós-parto ou pós perda fetal precoce

Outros diagnósticos:

- Trauma

Opções para mulheres sem um dos diagnósticos de internação listados acima:

- Nenhum diagnóstico clínico-obstétrico informado: selecione esta opção se a mulher não tiver nenhum diagnóstico dos listados na questão e também não tiver nenhuma condição que se encaixe na opção anterior.

44. Há registro de teste rápido / sorologia para HIV realizado na internação hospitalar?

45. Há registro de sorologia para sífilis durante a internação hospitalar?

Procurar registro de teste rápido anti-HIV e sorologia para sífilis durante a internação hospitalar. Caso tenha sido realizado, registrar "Sim". Neste caso, abrirão questões adicionais para informar o resultado dos exames. Não considerar aqui exames prévios à internação (realizados no pré-natal anteriormente).

46. Apresentou diagnóstico de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) durante internação?

Informar se há registro, durante a internação atual, de diagnóstico de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Considerar apenas se houver registro específico de SRAG. Caso não haja registro médico ou de enfermagem ou outro profissional de SRAG, não considerar que tenha havido, mesmo que haja registro de critérios clínicos compatíveis com SRAG.

47. Houve diagnóstico de COVID-19 durante esta internação?

Informar se houve diagnóstico de infecção pelo vírus SARS-COV2 durante a internação atual. Pode estar registrado como coronavírus ou COVID-19 ou COVID. Considerar apenas se houve diagnóstico confirmado, não considerar se houver registro apenas de "suspeita de COVID". Ao registrar "Sim" nesta pergunta, abrirá uma questão a seguir (Q47.1) sobre o método de diagnóstico.

47.2. Foi feito exame para SARS-COV-2 em swab vaginal, placenta, líquido amniótico, fezes maternas ou leite materno?

Procurar no prontuário se há registro de coleta de material para exame da presença de SARS-COV-2 em qualquer um desses tipos de amostra (não considerar amostra de swab nasofaríngeo, orofaríngeo, lavado broncoalveolar, bem como sorologia em sangue materno). Caso a resposta a essa pergunta seja "Sim", outras questões serão abertas a respeito de qual amostra exatamente e detalhes sobre os exames.

47.5. Recebeu tratamento específico para COVID-19

Caso a gestante tenha recebido tratamento específico para COVID-19, registrar quais.

BLOCO 8: Dados da Admissão Hospitalar (Q48-76)

Diz respeito a informações do momento da admissão da mulher no hospital. Algumas questões desse bloco são específicas para mulheres internadas para assistência a uma perda fetal precoce (Q48-Q48.3.3).

Em geral, essas informações estão registradas em ficha própria de internação ou em ficha de evolução médica quando não há um impresso próprio. Em algumas maternidades, há uma folha de anamnese feita pela enfermeira que pode conter várias das informações deste bloco. Em algumas maternidades, estas questões podem ser encontradas no registro de Acolhimento e Classificação de Risco. Algumas também podem ser encontradas na folha de prescrição e no registro da admissão/evolução da enfermagem.

48. Diagnóstico inicial da perda fetal precoce:

Esta questão, bem como as seguintes (48.1 a 48.3), é aplicável apenas para os casos registrados como perda fetal precoce (<22 semanas) no início do instrumento. Registrar o tipo de perda fetal conforme indicado no prontuário. Em caso de abortamento (perda fetal antes de 22 semanas), mesmo que não haja indicação no prontuário se foi de início espontâneo ou provocado, registre a opção "Aborto provocado/espontâneo". Em caso de registro de interrupção legal da gestação, não considerar como abortamento e informar a opção "Interrupção legal da gestação" – neste caso, haverá registro na evolução médica bem como provavelmente documentos legais anexados ao prontuário (laudo, autorização legal etc.). No caso de interrupção legal da gestação, aparecerá uma questão (48.a) para informar o motivo registrado em prontuário para esta interrupção.

48.1. Duração dos sintomas (em dias)

Esta informação provavelmente estará registrada na ficha de admissão ou na primeira evolução médica, podendo ainda haver relato na evolução/admissão de enfermagem. Considerar o número de dias de duração dos sintomas compatíveis com a perda fetal precoce.

48.2. Expulsão dos produtos de concepção ocorreu antes da chegada numa unidade de saúde?

Esta informação provavelmente estará registrada na ficha de admissão ou na primeira evolução médica, podendo ainda haver relato na evolução/admissão de enfermagem. Considerar qualquer registro de que a expulsão tenha ocorrido em domicílio ou no transporte, por exemplo, antes da chegada ao serviço de saúde. Não é necessário que tenha havido confirmação por exames de imagem, por exemplo, da expulsão – basta o registro em prontuário a partir do autorrelato, por exemplo.

48.3. O registo clínico indica um aborto provocado?

Esta informação provavelmente estará registrada na ficha de admissão ou na primeira evolução médica, podendo ainda haver relato na evolução/admissão de enfermagem. Caso a resposta seja "Sim", outras perguntas relacionadas ao método, local e provedor abrirão (Q48.3.1 – Q48.3.3).

48.4. Há relato de alguma complicação durante o esvaziamento uterino/assistência ao parto?

Esta pergunta é aplicável apenas a mulheres do estudo "Morbidade Materna Grave" e "Mortalidade Materna" que tiverem registro de esvaziamento uterino ou assistência ao parto em internação anterior, ou seja, que estão sendo admitidas no puerpério. Nestes casos, procurar no prontuário o relato de que tenha havido alguma complicação durante o esvaziamento uterino ou assistência ao parto na internação anterior. Alguns exemplos que podem ocorrer: perfuração uterina, laceração de colo, falso trajeto, hemorragia durante o procedimento, rotura uterina etc. Caso a resposta seja "Sim", abrirá a questão 48.5 para informar qual foi a complicação (campo aberto).

Para aquelas mulheres que foram trazidas de ambulância para este hospital, abrirão algumas perguntas sobre procedimentos que possam ter sido realizados antes desta admissão hospitalar (Q48.6 a Q48.12).

48.6. Antes da internação neste hospital, há registro de intubação orotraqueal não relacionado à anestesia?

48.7. Antes da internação neste hospital, há registro de realização de punção venosa central?

48.8. Antes da internação neste hospital, há registro de realização de histerectomia decorrente da complicação do aborto/parto?

48.9. Antes da internação neste hospital, há registro de realização de diálise por insuficiência renal?

48.10. Antes da internação neste hospital, há registro de internação em unidade intensiva ou solicitação de regulação para UTI?

48.11. Antes da internação neste hospital, há registro de antecedente de ressuscitação cardiorrespiratória?

48.12. Antes da internação neste hospital, há registro de a paciente estar em uso de oxigênio, antibiótico ou droga vasoativa?

48.13. Antes da internação neste hospital, há de transfusão de hemocomponentes (ex: sangue total, concentrado de hemácias, plasma, plaquetas, crioprecipitado)?

Este grupo de perguntas (Q48.6 – Q48.12) é aplicável para as mulheres de todos os estudos que tenham resposta à Q14 = "transferida em ambulância de outro hospital" ou "trazida por ambulância de bombeiro/samu". Apenas a questão 48.8 não abrirá para mulheres que tiveram alta como gestante ou que foram transferidas gestante. O Redcap fará essa seleção de perguntas de forma automática.

Procurar no relato da admissão (ficha de admissão, admissão de enfermagem, primeira evolução médica) ou ficha de encaminhamento do serviço anterior se há registro desses procedimentos antes da admissão ou já no momento da admissão (veio de outra unidade já estando sob esses cuidados mais intensivos ou com registro de ter passado por eles antes da chegada no hospital atual). Isto é, o foco destas questões é identificar complicações e procedimentos realizados antes da admissão neste hospital. Não considerar procedimentos realizados a partir do momento da admissão. Não considerar história desses eventos no passado, não relacionados a essa gestação e o quadro atual.

49. Data da última menstruação (DUM):

Data da última menstruação (DUM ou UM) – Registrar a informação presente no prontuário da puérpera. Se ignorada, assinalar a opção "sem informação" no Redcap. No questionário em papel escrever 99-99-9999.

50. Idade gestacional na admissão calculada pela DUM (Semanas):

Registrar em semanas a idade gestacional da puérpera calculada pela DUM, no momento em que foi admitida na unidade de saúde (internação atual para a qual estão sendo coletados os dados). Se não informada marcar 99 (sem informação). Considerar semanas completas. A questão a seguir (Q50.1 - Idade gestacional na admissão calculada pela DUM (Dias)) questionará sobre o número de dias. Exemplo, se a gestante está com 35 semanas + 6 dias pela DUM, informar 35 na Q50 e 6 na Q50.1. Não calcular a IG pela DUM, caso ela não esteja claramente marcada no prontuário, marcar "Sem informação".

Atenção! Caso não esteja claramente indicado qual o método utilizado para cálculo da IG, utilizar apenas a questão 53 e deixar esta como "Sem informação". Não inferir ou calcular por dados do prontuário.

51. Idade gestacional na admissão calculada por USG (Semanas):

Algumas vezes há registro da idade gestacional pela DUM e também pela USG, outras vezes apenas pela USG. Considerar semanas completas para a Q51. A questão a seguir (Q51.1 - Idade gestacional na admissão calculada pela USG (Dias)) questionará sobre o número de dias. Exemplo, se a gestante está com 35 semanas + 6 dias pela USG, informar 35 na Q50 e 6 na Q50.1. Se IG por USG não informada, marcar **99 (sem informação)**. Não calcular a IG pela USG, caso ela não esteja claramente marcada no prontuário, marcar "Sem informação". No caso de haver informação sobre a IG calculada por USG, as perguntas Q52, Q52.1 e Q52.2 deverão ser respondidas:

- 52. Data da USG usada para cálculo: data da realização da USG que está sendo utilizada para cálculo da IG, informação provavelmente registrada na admissão, primeira evolução ou ainda em laudo de USG anexado
- 52.1. IG na USG usada para cálculo (Semanas): marcar a IG que a mulher estava no momento da realização desta USG usada para cálculo; atenção para não informar a IG atual. Nesta questão, informar a IG em semanas inteiras (por exemplo, 37+3, informar aqui 37)
- 52.2. IG na USG usada para cálculo (Dias): nesta questão, informar a IG que a mulher estava no momento da realização da USG usada para cálculo em dias (por exemplo, 37+3, informar aqui 3).

Atenção! Caso não esteja claramente indicado qual o método utilizado para cálculo da IG, utilizar apenas a questão 53 e deixar esta como "Sem informação". Não inferir ou calcular por dados do prontuário.

53. Idade gestacional na admissão sem referência ao método de cálculo (Semanas):

Preencher este campo, quando houver registro da idade gestacional sem informação de como foi calculada. Considerar semanas completas para a questão Q53 e informar os dias na questão Q53.1, conforme explicado previamente para a IG calculada pela DUM e USG. Exemplo: 41+3 sem referência ao método, informar na Q53 "41" e na Q53.1 "3".

54. Pressão arterial na admissão:

Nesta questão marcar "Não" ou "Sim". Se houver registro de aferição de pressão e respectivos valores, preencher a questão 54.1 com os valores sistólicos (maior valor) e a questão 54.2 com os valores diástólicos (menor valor). Se houver mais de 1 registro da PA na admissão da paciente (não inclui medidas aferidas após decisão de internação), registrar a última medida aferida (por esta razão, a pergunta questiona sobre "verificação final").

Se houver registro de que foi aferida a pressão, mas não houver informações sobre os valores, marcar "Sim" na questão 54 e no campo dos valores sistólicos (maior valor) e diástólicos (menor valor) preencher "Não informado na admissão".

55. Frequência cardíaca na admissão
56. Frequência respiratória na admissão
57. Temperatura axilar
58. Saturação de Oxigênio na admissão

Este grupo de questões diz respeito aos sinais vitais da mulher na admissão. Verificar na ficha de admissão, evolução médica ou de enfermagem, registro de Acolhimento e Classificação de Risco ou controles de enfermagem. Se não houver registro de qualquer dos valores, preencher "Não informado na admissão".

59. Há registro de alguma alteração na aparência da mulher (mau estado geral, palidez, icterícia, sudorese, outras alterações) no momento da admissão hospitalar?

Esta questão se refere a anotações do exame físico na admissão, em particular em relação à ectoscopia (avaliação global do paciente). Registrar se há alguma alteração no exame físico relativo a esses aspectos. Caso haja registro de alguma alteração, selecionar a opção que melhor identifica o estado da mulher na admissão, conforme anotação do exame físico. Atentar para o fato de que doente/abatida pode estar registrado como regular estado geral (REG) ou mau estado geral (MEG). Atente para abreviações como CHAAA, que significa Corada, Hidratada, Afebril, Acianótica, Anictérica. Caso não haja informação sobre esses aspectos do exame físico na admissão, marcar "Não" na Q59 e a Q59.1 não abrirá com as opções de alteração. Marque "Outras" apenas se a alteração no exame físico não se enquadrar naquelas descritas na questão Q59.1.

60. Estado mental da mulher na admissão

Esta questão se refere a anotações do exame físico na admissão, especificamente sobre o estado mental. Procure nos documentos de admissão informação sobre avaliação do estado mental. Considerar COTE (Consciente e Orientada no Tempo e Espaço) ou LOTE (Lúcia e Orientada no Tempo e Espaço) como "Alerta".

61. Exame abdominal na admissão hospitalar normal?

Esta questão se refere a anotações do exame físico abdominal na gestação. Caso a resposta seja "Não", as questões 59.1-59.4 aparecerão para informar o tipo de alteração na avaliação inicial:

- 61.1. Descompressão brusca + / Defesa: sinal de descompressão brusca positivo ou de defesa
- 61.2. Distendido: pode estar registrado abdômen distendido ou distensão abdominal
- 61.3. Ruídos intestinais reduzidos: ausculta intestinal com ruídos intestinais reduzidos ou diminuídos
- 61.4. Tenso/duro: abdômen em tábua ou descrito como abdômen rígido, duro, tenso
- 61.5. Dor à palpação

62. Exame ginecológico na admissão hospitalar

Esta questão se refere à realização de exame ginecológico na admissão para os casos de perda fetal precoce (< 22 semanas) de todos os projetos, e para as mulheres com alta como gestante ou com internação pós-parto ou pós-abortamento dos projetos "Morbidade Materna Grave" ou "Mortalidade Materna". O redcap abrirá essa questão de forma automática nessas situações. Marque uma das opções abaixo, conforme aplicável, dependendo do tipo de alteração no exame ginecológico:

- 1, Corrimento vaginal com mau cheiro
- 2, Colo uterino aberto

- 3, Colo uterino fechado
- 4, Dor à mobilização do colo
- 5, Dor à palpação uterina
- 6, Presença de corpo estranho
- 7, Massa anexial
- 8, Outro _____
- 9, Sem informação
- 10, Exame não realizado

63. Sangramento vaginal na admissão hospitalar:

Se houver registro de sangramento, mas não houver informações sobre a intensidade do mesmo, escolher opção "Sim, sem especificação". Se não houver nenhuma menção a sangramento ou perdas vaginais, marcar "Sem informação". Considerar "nega perdas vaginais" ou "perdas vaginais ausentes" como sem sangramento e marcar "Não".

64. Perda de líquido amniótico (ruptura da bolsa) antes da internação:

Também referido como bolsa rota, amniorrexe prematura, amniorrexe, ruptura das membranas ovulares, RUPREMA, BRE, PROM, RPMO etc. Escolher a opção que classifica as características do líquido. Se houver registro de bolsa rota, mas sem especificar a cor do líquido, marcar "Sim, sem especificação". Por vezes podem ser encontradas siglas como LC (líquido claro), LCCG (líquido claro com grumos), LAM (líquido amniótico meconial), tinto mec (tinto de mecônio). Se houver registro de mecônio espesso ou 3+/4+ ou 4+/4+, marcar "eliminação de mecônio espesso" na questão 105.

Caso qualquer uma das opções que iniciam com "Sim" seja selecionada, as questões Q64.1 e Q64.2 aparecerão para registro do tempo de bolsa rota, em dias (Q64.1) ou horas (Q64.2). Registrar apenas o tempo que for aplicável, por exemplo, se houver registro de bolsa rota há 18 horas, marcar apenas 18 na Q64.2 e marcar 99 na Q64.1. No caso de 2 dias de bolsa rota, por exemplo, marcar apenas a Q64.1 (resposta = 2), não sendo necessário calcular as horas para Q64.2 (informar 99).

65. Registro de altura uterina

As opções para esta questão são "20 ou menos", "21 a 60" ou "Sem registro". Esta informação estará registrada os formulários/anotações de admissão, podendo estar registrada como AU, AFU, FU, fundo uterino, altura uterina, altura do fundo uterino.

66. Dilatação do colo do útero no momento da admissão:

Pode estar registrado apenas com um algarismo, por exemplo, 4 cm ou pode estar registrado como colo 4/2/4 onde o primeiro número é que se refere a dilatação do colo, neste caso = 4cm. Pode também estar referida como Orifício Interno (OI) do colo dilatado para 4 cm. Se houver a informação no prontuário que a mulher estava em período expulsivo, colocar dilatação total (10 cm). Considerar 1 polpa digital ou 1 dedo = 1cm. Caso esteja marcado "1-2 cm" ou "3-4 cm", indicar o

menor valor. Caso a dilatação do colo do útero não esteja informada no momento da admissão hospitalar, colocar "não informado".

67. Número de contrações em 10 minutos no momento da admissão:

Número de contrações em 10 minutos no momento da admissão pode estar registrado como AU = atividade uterina; DU = dinâmica uterina e com apenas dois algarismos, exemplo: AU= 3/10 (três contrações em 10 minutos) ou AU= 3/10'/50" sendo o último número referente à duração da contração em segundos. Se tiver no prontuário que a mulher teve contrações uterinas (atividade uterina presente) e não tiver a quantidade, colocar 99.

ATENÇÃO! Se a gestante não entrou em trabalho de parto selecionar a opção "0", isto é, não apresentou contrações.

68. Batimento Cardíaco Fetal (BCF) na admissão (ou primeiro exame):

O batimento cardíaco fetal pode estar referido com um número, exemplo BCF = 140 bpm (batimento por minuto) ou apenas como BCF (+) neste caso significa presente e BCF (–) significa ausente.

Se houver registro de BCF e respectivo valor de bpm selecionar "Sim" e na questão seguinte anotar o referido valor. Se houver registro de BCF, ou ainda só o sinal (+) e não houver informações sobre o valor selecionar "Sim" e na questão do valor de bpm preencher **999 "sem informação"**. Caso se trate de uma gestação gemelar, responder as mesmas questões para o segundo gemelar (Q68G e Q69G).

70. Apresentação do bebê

Registrar a apresentação informada na admissão (cefálica, pélvica, outra – córmica/transversa, sem informação). Caso se trate de uma gestação gemelar, responder a questão Q70G sobre a apresentação do segundo gemelar.

71. Realizada cardiotocografia (CTG) na admissão ou na internação fora de trabalho de parto?

Registrada como CTG ou CTR ou cardio ou CTB (cardiotocografia basal) ou ainda cardiotoco. Considerar que "Sim" também se estiver registrada como Perfil Biofísico Fetal ou MAP (Monitorização Ante Parto). Se não há relato da realização só constar que foi solicitado CTG a opção a ser marcada é "Não".

Atenção! Esta questão refere-se a cardiotocografias realizadas na admissão ou durante a internação, porém fora do trabalho de parto. Caso não tenha sido feita CTG na admissão, porém houver registro de que, após a internação, PORÉM FORA DE TRABALHO DE PARTO, tenha sido realizada CTG, marcar "sim".

Caso a resposta seja "sim", preencha a 71.1 indicando em que momentos a CTG foi realizada, podendo ser marcada mais de uma opção de resposta. Atenção! Não considere a realização de CTG no trabalho de parto, pois essa informação será registrada posteriormente.

71.1 Algum resultado da CTG alterado:

Considerar resultado alterado se houver registro de termos como: cardio não tranquilizadora, categoria 2 ou categoria 3, cardio com DIP 2 ou DIP II, cardio com DIP desfavorável, cardio com sofrimento fetal, CTG com desacelerações ou bradicardia ou taquicardia. Categoria 1 ou reativa são resultados normais.

72. Realizado Dopplerfluxometria Fetal na admissão ou na internação fora de trabalho de parto?

Também registrada como doppler fetal ou doppler de umbilical juntamente com doppler de artéria cerebral média.

Em algumas ocasiões pode haver referência ao doppler do ducto venoso e da veia umbilical. Nesse caso, considerar apenas quando esse exame foi realizado no fim do segundo ou terceiro trimestres.

Não considerar realização do doppler de artéria uterina.

Atenção! Esta questão refere-se a dopplerfluxometria fetal realizada na admissão ou durante a internação, porém fora do trabalho de parto. Caso não tenha sido feita CTG na admissão, porém houver registro de que, após a internação, PORÉM FORA DE TRABALHO DE PARTO, tenha sido realizada CTG, marcar "sim".

Caso a resposta seja "sim", preencha a 72.1 indicando em que momentos a Dopplerfluxometria fetal foi realizada, podendo ser marcada mais de uma opção de resposta.

72.1. Algum Doppler alterado:

Considerar resultado alterado se houver registro de termos como: centralizado ou centralização, diástole zero, diástole reversa, doppler umbilical com resistência aumentada ou elevada. Registrar caso tenham ocorrido alterações de doppler umbilical, cerebral média, ducto venoso no 2º ou 3º trimestres, veia umbilical. Não marcar alteração referente ao doppler de artérias uterinas.

73. Há registro de prescrição de sulfato de magnésio no momento da internação:

Procurar por essa informação nos documentos de admissão, incluindo prescrição ou "Conduta" após a avaliação inicial. Considerar a PRESCRIÇÃO do sulfato, mesmo que ele não tenha sido realizado imediatamente ou não haja registro da administração.

74. Houve administração de tocolítico (inibição das contrações) durante a internação hospitalar? (terbutalina, salbutamol, nifedipina com intenção de parar contrações)

Procurar por essa informação nas prescrições médicas durante a internação ou ainda nas evoluções ao longo da internação.

75. Houve administração de corticoide durante a gestação? (Permite mais de uma opção)

Geralmente prescrito como dexametasona ou betametasona (celestone) intramuscular dois dias consecutivos por ameaça de parto prematuro, bolsa rota antes do termo ou outra indicação. Esta informação pode ser encontrada na admissão hospitalar, na prescrição médica da internação e/ou na evolução médica quando o corticoide foi prescrito durante internação.

Caso a resposta seja “sim”, preencha a 75.a indicando em que momentos foi utilizado o corticoide, podendo ser marcada mais de uma opção de resposta. Caso haja referência na evolução à realização de corticoide antes da internação, registrar que foi prescrito antes da internação.

Registrar o número de doses de corticoide na questão 75.1 e quantos dias antes do parto foi feita a última dose na questão 75.1.

76. Foi prescrito progesterona (Utrogestan) durante gestação?

Procurar por essa informação em geral nos documentos da admissão ou evolução ao longo da internação. Considerar progesterona feita em qualquer momento durante a gestação, não é necessário que esteja usando no momento. Considerar também caso haja registro de Progesterona e Utrogestan no registro de “medicamentos em uso” ou “em uso”.

Bloco 9: Assistência às perdas fetais - dados do manejo da mulher em processo de abortamento durante a internação hospitalar

Este bloco é aplicável apenas às mulheres que tenham sido registradas como casos de perdas festais precoces (<22 semanas). Estas questões não aparecerão para as mulheres que não se enquadram nesta definição.

77. Diagnóstico final do abortamento

Registrar a opção que descreve o diagnóstico final registrado em prontuário para o caso de perda fetal. Verifique as definições apresentadas anteriormente no instrutivo para cada uma das opções. Caso a resposta seja “Interrupção da gestação prevista em lei (aborto legal)”, você deverá responder a Q77.1 sobre a motivo da interrupção da gestação prevista em lei (conforme registro no prontuário).

Atenção! Preencha essa questão com muito cuidado, pois ela implicará na abertura de blocos e questões específicas ao longo do questionário.

78. Foi utilizado misoprostol na internação hospitalar?

Procurar a informação principalmente nas prescrições médicas durante a internação. Caso a resposta seja sim, será necessário responder às questões Q78.1 sobre o número de doses e Q78.2 sobre a indicação do uso.

79. Foi utilizada ocitocina para indução do abortamento?

Procurar a informação principalmente nas prescrições médicas durante a internação, até o momento do procedimento de indução do aborto/esvaziamento uterino.

80. Foi indicado esvaziamento uterino?

Procurar a informação nas evoluções médicas ou de enfermagem ou a descrição cirúrgica do procedimento, que pode ter sido realizado por curetagem (CTG) ou aspiração (AMIU) ou ainda Aspiração elétrica ou Método de Krause/sonda de Foley. Caso a resposta seja “Sim”, será necessário responder as questões seguintes:

- 80.1. Data da indicação do esvaziamento uterino (Atenção: Caso tenha feito mais de um procedimento, considerar os tempos para a realização do primeiro procedimento).
- 80.2. Hora da indicação do esvaziamento uterino
- 80.3. Data da realização do esvaziamento uterino
- 80.4. Hora da realização do esvaziamento uterino
- 80.5. Método utilizado: (pode marcar mais de uma opção)
- 80.6. Método anestésico utilizado: (pode marcar mais de uma opção)

Bloco 10: Assistência às mulheres com gestação ectópica

Neste bloco as informações são referentes às mulheres com diagnóstico de gestação ectópica e se referem a procedimentos de manejo desta condição. Este bloco aparecerá quando a resposta da questão "77. Diagnóstico final do abortamento" for "gestação ectópica".

81. Foi indicada laparotomia?

Registrar "sim" caso tenha sido indicada laparotomia para manejo da gestação ectópica. Caso a resposta seja sim, outras questões aparecerão para especificar data e hora da indicação e se a laparotomia foi realizada e em que data e hora:

- 81.1. Foi realizada laparotomia?
- 81.1.1. Data da indicação da laparotomia
- 81.1.2. Hora da indicação da laparotomia
- 81.1.3. Data da realização da laparotomia
- 81.1.4. Hora da realização da laparotomia

82. Foi indicada videolaparoscopia?

Registrar "sim" caso tenha sido indicada videolaparoscopia para manejo da gestação ectópica. Caso a resposta seja sim, outras questões aparecerão para especificar data e hora da indicação e se a videolaparoscopia foi realizada e em que data e hora:

- 82.1. Foi realizada videolaparoscopia
- 82.1.1. Data da indicação da videolaparoscopia
- 82.1.2. Hora da indicação da videolaparoscopia
- 82.1.3. Data da realização da videolaparoscopia
- 82.1.4. Hora da realização da videolaparoscopia

83. Foi prescrito Metotrexate?

Registrar "sim" caso tenha sido indicada a medicação metrotrexate para manejo da gestação ectópica (pode estar registrado MTX ou metotrexato).

Bloco 11: Assistência ao trabalho de parto (dados do manejo do trabalho de parto hospitalar) (Q84-107)

Neste bloco as informações são referentes ao momento do trabalho de parto e procedimentos que tenham sido realizados durante o trabalho de parto.

84. Trabalho de Parto:

Serão consideradas aqui as informações descritas no prontuário ainda que estejam incorretas do ponto de vista clínico. Por exemplo, pode haver no prontuário um diagnóstico de trabalho de parto sem dilatação do colo.

Espontâneo: É o trabalho de parto que iniciou sem nenhuma intervenção médica.

Induzido com sucesso: será considerado como o caso em que houve indução, ou seja, realização de métodos mecânicos (ex: balão) ou farmacológicos (Misoprostol, ocitocina etc.) para amadurecer o colo e deflagrar o início das contrações uterina, tendo a gestante alcançado dilatação do colo do útero maior ou igual a 4 cm.

Induzido sem sucesso: quando apesar da indução, a mulher não entra em trabalho de parto e é submetida a uma cesariana (geralmente com a indicação de falha da indução). Será também considerado "induzido sem sucesso" a gestante que apresentou contrações, mas não atingiu ao menos 4 cm de dilatação uterina.

Não entrou em trabalho de parto: marcar esta opção nos casos de cesariana eletiva sem tentativa de indução nem trabalho de parto.

85. Há registro de indicação de cesariana no momento da admissão/internação hospitalar?

Registrar "sim" caso a tenha sido indicado cesariana no momento da admissão/internação hospitalar.

86. Medicações/método utilizados para indução do parto:

A indução pode ser feita de várias maneiras, geralmente vai estar descrita a medicação (ocitocina, misoprostol ou dinoprostone) ou o método mecânico com sonda de Foley, que pode ser também denominado balão ou método de Krause. Pode ser marcada mais de uma opção, pois podem ser usados vários métodos em sequência ou ao mesmo tempo. Por exemplo, é comum usar misoprostol ou dinoprostone em um primeiro momento e depois de algumas doses dessas medicações fazer uso da ocitocina. Outra situação é que a sonda de Foley pode ser utilizada concomitantemente ao uso de ocitocina.

Atenção! Caso a ocitocina esteja sendo utilizada em uma mulher que teve o trabalho de parto induzido e a ocitocina foi iniciada apenas quando a gestante apresentava 4 cm ou mais de dilatação com contrações regulares, será considerado que a ocitocina está sendo usada para aceleração. Com esta exceção, a ocitocina será considerada agente indutor sempre que foi utilizada para o início das contrações uterinas, independentemente da dilatação do colo.

87. Prescrição de dieta no trabalho de parto/indução do trabalho de parto:

Verificar na folha de prescrição do momento da internação (para as mulheres em trabalho de parto) ou do encaminhamento ao pré-parto a prescrição da dieta. Dieta zero é quando a mulher não está recebendo qualquer tipo de alimentação (pode estar registrado como jejum); dieta líquida quando apenas líquidos são permitidos (sucos, chás etc.).

Qualquer registro de alimentação diferente destes, registrar “Outro tipo de dieta”. Esta opção contempla quando a mulher está, inclusive, em dieta livre. Se não houver registro de dieta, considerar que a gestante estava em dieta zero.

88. Uso de hidratação venosa no trabalho de parto:

Administração de soluções diretamente por via intravenosa (soro fisiológico, glicosado ou ringer lactato). Se houver algum registro de prescrição ou administração de soro considerar “Sim”. Tal informação poderá ser obtida na folha de prescrição.

89. Colocação de acesso venoso no trabalho de parto:

Em muitos casos é feito o acesso venoso na gestante para facilitar, caso necessário, a administração de alguma solução/medicamento. Difere da hidratação venosa por permitir maior mobilidade da mulher e não haver prescrição de soro.

90. Administração de antibióticos no trabalho de parto/indução do trabalho de parto:

Verificar na folha de prescrição se há registro de prescrição e confirmação do uso de antibiótico (medicação checada). Ver Anexo III.

91. Realização de tricotomia (raspagem dos pelos) na maternidade:

Checar nas anotações/prescrições/evoluções médica ou de enfermagem se foi realizada tricotomia (raspagem dos pelos) na maternidade. Não considerar tricotomia feita pela mulher antes da internação hospitalar.

92. Enteróclise/enema (lavagem intestinal) antes do parto:

Enema, enteroclisma ou clister são nomenclaturas que designam a introdução de líquido no ânus para lavagem, purgação ou administração de medicamentos. Se não houver nada prescrito considerar não.

Observar se há algum carimbo do tipo “Rotina do TP”, se houver buscar saber com a enfermagem quais são os procedimentos de rotina se não estiver escrito.

93. Profissional que prestou assistência durante o trabalho de parto: (Permite mais de uma opção)

Ver pela assinatura ou carimbo na folha do partograma, quando houver, ou na descrição da evolução do trabalho de parto. Considere todos os profissionais que participaram da assistência, mesmo que a frequência de exames tenha sido diferente. Caso não seja possível identificar a categoria profissional marque a opção 9 “Sem informação”.

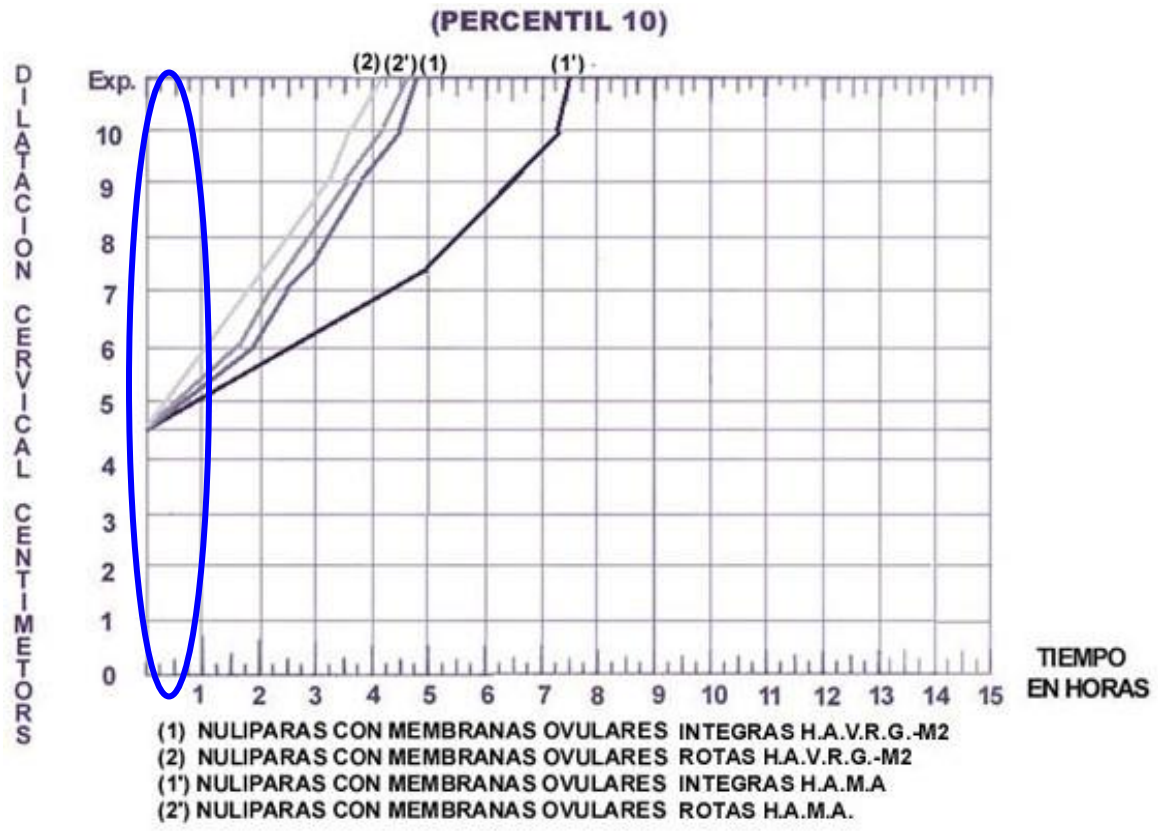
94. Há algum registro no partograma?

O partograma (Anexo IV) é uma ficha padrão para acompanhamento da evolução do trabalho de parto. Nele é registrada a hora do exame, a atividade uterina, o BCF, a dilatação, a posição da cabeça do bebê, se foi feita ruptura da bolsa e a característica do líquido amniótico, uso de ocitocina, etc. Responder “não”, caso haja partograma disponível no prontuário, mas o mesmo não contenha qualquer registro do acompanhamento da evolução do trabalho de parto. Caso haja alguma anotação, marcar “Sim”. Caso não haja partograma no prontuário, registrar “Não tem partograma no prontuário”.

95. Qual era o registro de dilatação do colo do útero no início do uso do partograma?

Esta pergunta aparecerá apenas se a Q94 estiver marcada como Sim. Ver a dilatação do colo uterino registrada no momento da abertura do partograma (primeiro registro da dilatação).

Exemplo: a dilatação será o número correspondente ao quadrado da primeira coluna. Neste caso, 5 cm.



96. Quantos registros de ausculta fetal foram feitos no prontuário e/ou partograma durante o trabalho de parto após a admissão no pré-parto?

O número de vezes em que houve ausculta de batimentos cardíacos fetais corresponde ao número de colunas marcadas com valor de BCF no partograma. Atentar para o fato de que alguns partogramas possuem uma escala de BCF no eixo vertical do partograma, e que são marcados apenas X ou similar, indicando qual o valor de BCF. Devem ser incluídas também os registros feitos em evolução do prontuário durante o trabalho de parto, em horários distintos ao do partograma.

97. Realizada cardiotocografia (CTG) durante trabalho de parto/indução do trabalho de parto:

Marcar "sim" se houver cardiotocografia anotada ou anexada ao prontuário realizada durante o trabalho de parto. Não considerar cardiotocografias realizadas fora de trabalho de parto ou na admissão, considerar apenas após o início do acompanhamento do trabalho de parto. Caso a resposta seja "Sim", aparecerá uma outra questão Q98 para registrar se houve alguma CTG com resultado alterado. Considerar resultado alterado se houver registro de termos como: cardio não

tranquilizadora, categoria 2 ou categoria 3, cardio com DIP 2 ou DIP II, cardio com DIP desfavorável, cardio com sofrimento fetal, CTG com desacelerações ou bradicardia ou taquicardia. Categoria 1 ou reativa são resultados normais. Caso não conste registro do resultado das CTG realizadas durante o trabalho de parto, marque "sem informação".

99. Quantos registros de dilatação aferidos pelo toque vaginal foram feitos no prontuário e/ou partograma durante o trabalho de parto após a admissão no pré-parto?

O número de toques corresponde, em geral, ao número de colunas marcadas no partograma com um triângulo ou X (outras marcações são possíveis, dependendo do local). Caso não haja partograma, ou haja anotações de exames de toque com registro da dilatação fora do partograma após o início do trabalho de parto, considerar também essas avaliações. Ou seja, se a mulher estiver em trabalho de parto e houver, no período, anotações de exames de toque no partograma e/ou no prontuário, contar todas. Não considerar avaliações na admissão ou fora de trabalho de parto.

100. Administração de ocitocina durante o trabalho de parto:

Ver na ficha de prescrição médica da mulher, na admissão em trabalho de parto ou na ficha de prescrição do momento de admissão no pré-parto, ou na folha de evolução ou no partograma se há registro de uso de ocitocina. Neste caso, está sendo considerado ocitocina como finalidade de aceleração e não para indução (ver questão 86 do instrutivo). Caso a resposta seja "Sim", aparecerá uma questão adicional para indicar a dilatação do colo no início da administração de ocitocina (Q100.1).

A dilatação do colo do útero no início da administração da ocitocina pode estar registrada no partograma ou ainda pode-se checar o horário do início da administração na folha de evolução médica/enfermagem ou ainda na prescrição (durante o trabalho de parto) e checar no partograma qual era a dilatação naquele momento. Se não houver registro preencher com **99 (sem informação)**.

101. Administração de analgésicos durante o trabalho de parto: Esta questão permite mais de uma opção

Se tiver sido prescrito/utilizado analgésico durante o trabalho de parto podemos encontrar registros na folha de prescrição médica no pré-parto e também na folha de evolução médica do trabalho de parto.

Exemplos: dolantina, meperidina, petidina, buscopan, dipirona etc.

Atenção! Essa questão permite marcar mais de uma opção de resposta. Cuidado para não marcar "não" e alguma das respostas com opções de analgésicos.

102. Utilização de analgesia durante o trabalho de parto:

Muitas vezes registrada apenas na ficha de anestesia (impresso próprio preenchido pelo anestesista). Também pode estar na folha do partograma ou da evolução médica/enfermagem do trabalho de parto. Verificar qual método de bloqueio utilizado, se apenas raqui ou apenas peridural ou bloqueio combinado (raqui + peridural).

Atenção! Esta questão permite mais de uma resposta se tiver sido realizado mais de um procedimento de analgesia, por exemplo: feita uma raquianestesia e depois, em outro procedimento, uma peridural. Caso tenham sido feitas, no mesmo procedimento, raquianestesia e peridural, a marcação correta é "bloqueio combinado".

Caso a resposta seja que houve utilização de qualquer dos métodos, aparecerá uma questão adicional (Q102.1) para informar a dilatação no momento do início da analgesia. Considerar a última dilatação avaliada antes do procedimento de analgesia.

Atenção! não considerar procedimento anestésico para realização de cesariana. Caso a mulher tenha sido submetida a uma cesariana, conferir o horário do início da peridural para identificar se foi iniciada ainda durante o trabalho de parto.

103. Há registro de uso de métodos não farmacológicos durante o trabalho de parto no prontuário: movimentação, chuveiro/ banheira de água utilização de bola /cavalinho durante o trabalho de parto? massagem durante o trabalho de parto?

Esta informação estará com frequência registrada na folha de evolução de enfermagem ou ainda na evolução médica ou partograma. Considerar o uso de qualquer método não farmacológico como "Sim", incluindo os listados na questão, mas outros métodos não-farmacológicos podem ser aplicáveis.

104. Ruptura de membranas durante o trabalho de parto / indução:

Pode acontecer espontaneamente (Ruptura Espontânea - RE) ou ser provocada artificialmente pelo profissional (Ruptura Artificial - RA). Pode estar na folha do partograma ou da evolução médica/enfermagem do trabalho de parto. Prestar atenção caso tenha dado entrada com bolsa rota. Caso a bolsa tenha rompido antes da internação, esta questão não aparecerá.

104.1. Dilatação do colo do útero no momento da ruptura de membranas (amniotomia) no partograma /prontuário:

Esta pergunta só aparecerá caso a resposta à Q104 seja "ruptura artificial". Se não tiver partograma pode ser que haja registro da dilatação na hora da ruptura na ficha de evolução médica/enfermagem do trabalho de parto.

105. Há registro no prontuário de: (Esta questão permite mais de uma opção)

Essa questão visa identificar complicações que podem ter ocorrido durante a evolução do trabalho de parto. Para respondê-la, procure a informação na evolução médica/enfermagem do trabalho de parto ou no partograma. Algumas vezes estará registrado na folha de indicação da cesariana.

106. Há registro de atuação de doula durante o trabalho de parto

Para responder a esta questão procure a informação no prontuário (evolução médica/enfermagem do trabalho de parto). Considere nesta questão apenas a atuação da doula no trabalho de parto hospitalar. Não registre, caso haja relato de que estava em acompanhamento por doula antes da internação hospitalar apenas.

107. Há registro de acompanhante durante o trabalho de parto / indução:

Considerar apenas se há registro de acompanhante no trabalho de parto (há uma questão específica para acompanhante no parto e pós-parto). Caso não haja registro específico de acompanhante no trabalho de parto, marque "Não". Para responder a esta questão procure a informação no prontuário (evolução médica/enfermagem do trabalho de parto).

Bloco 12: Dados da Assistência ao parto (Q108 a Q122)

Atenção para as gestações gemelares, quando as questões "G" também deverão ser preenchidas.

108. Tipo de parto

Indicar se o parto foi vaginal (incluindo aqueles com uso de vácuo extrator ou fórceps) ou se foi cesárea.

109. Data do parto vaginal 110. Hora do parto vaginal:

Registrar a data e hora do parto. Informação pode estar no partograma, descrição cirúrgica, anotações de enfermagem ou ainda na DNV. Caso sejam gemelares, deverá ser respondida também a pergunta sobre o segundo gemelar (Q109G e Q110G).

111. Há registro de acompanhante no parto vaginal?

Considerar apenas se há registro de acompanhante durante o parto (não considerar acompanhante durante o TP que não tenha permanecido explicitamente no parto). Caso não haja registro específico de acompanhante no parto, marque "Não".

112. Local do parto vaginal:

Avaliar anotações de evolução médica ou de enfermagem a respeito do local do parto. Utilize apenas a informação disponível no prontuário para fazer esta classificação. Por exemplo, se estiver registrado "encaminho à sala de parto", registre "sala de parto"; "puérpera permanece no pré-parto 1", registre "pré-parto" etc. Caso não haja informação sobre o local, registrar "Sem informação". Caso o parto tenha ocorrido em sala cirúrgica, utilizar a opção "Sala cirúrgica/centro cirúrgico/centro obstétrico".

114. Posição da mulher no parto vaginal

Procurar na descrição do procedimento ou nas anotações/evoluções de enfermagem ou médicas qual foi a posição do parto. Diferenciar banqueta de cócoras, ou seja, se estiver registrado banqueta no prontuário, marque "banqueta". Caso esteja registrado cócoras sem menção à banqueta, marque "cócoras". Caso não esteja informado, marcar "Não Informado"

115. Uso de fórceps/vácuo extrator:

Procurar na descrição do procedimento ou nas anotações/evoluções de enfermagem ou médicas se houve uso de fórceps ou vácuo. Fórceps pode estar registrado como Simpson, Kielland ou Piper. Vácuo extrator pode estar registrado como Kiwi ou Mityvac ou Ventosa. Caso não esteja informado, registre como "Não".

116. Qual profissional assistiu o parto vaginal:

Selecionar o profissional que de fato atendeu ao parto. Em geral, é o profissional que fez o registro da descrição do parto. Verificar o carimbo para identificar a categoria profissional. Procure essa informação em diversas fontes (livro de parto, registro da enfermagem, evolução médica). Caso não esteja informado, marque "9-Não Informado".

117. Qual a última dilatação do colo uterino registrada no prontuário/partograma

Se não tiver partograma pode ser que haja registro do momento da última dilatação na ficha de evolução médica do trabalho de parto. Pode estar na folha/relatório de parto ou na folha de descrição da cirurgia.

118. Realização de episiotomia:

Indicar se houve episiotomia registrada no partograma ou na descrição do parto. Pode ainda estar registrada nas avaliações pós-parto pela enfermagem ou médicas.

119. Ocorrência de laceração vaginal/perineal

Registrar o maior grau de laceração indicado na descrição do parto, partograma ou evolução médica. Por exemplo, se há registro de laceração de 1º grau parauretral e também de 3º grau, registrar 3º grau. Não considerar a episiotomia como um tipo de laceração. Considerar, no entanto, caso haja registro de episiotomia com extensão da lesão. Neste caso, anotar o grau correspondente.

120. Registro de sutura vaginal/perineal ou episiorrafia:

Episiorrafia = sutura da episiotomia; sutura de um períneo lacerado.

Pode estar na folha/relatório de parto, na folha de descrição da cirurgia, também pode estar no relato da enfermagem sobre as condições da mulher depois do parto. Procurar também, pós-parto vaginal, registro na folha de sala feita pela circulante do uso de fio de sutura compatível com sutura perineal (catgut simples ou cromado, vycril, poligalactina, kit obstétrico etc.). Marcar "não" quando não houver registro de sutura vaginal/perineal ou episiorrafia.

121. Recebeu anestesia para fazer a sutura?

Considerar "sim" também os casos em foi feita dose adicional de anestésico pela peridural para sutura (verificar na ficha anestésica). Marcar "não" quando não houver registro do mesmo.

121. Houve registro de distocia de ombro?

Distocia de ombro ou de espáduas. Exige realização de manobra adicional para delivramento dos ombros, tais como: manobra de McRoberts, pressão suprapúbica, manobras de Rubin, Woods, Gaskin, Zavanelli, entre outras. Caso não haja registro, marcar "não".

122. Houve prolapso de cordão?

Procurar no prontuário registro de prolapso de cordão. Como uma emergência que tem indicação de cesárea, provavelmente deverá estar registrada juntamente com a indicação de cesárea ou encaminhamento para sala cirúrgica.

Bloco 13: Dados da Cesariana (Q123 a Q130)

123. Data da indicação da cesariana:

124. Hora da indicação da cesariana:

125. Data da realização da cesariana:

125.1. Hora da realização da cesariana:

Identificar no prontuário se houve intervalo entre a indicação da cesariana e a realização da mesma. Caso não haja informação para uma dessas questões, marcar a opção correspondente. Registrar como data/hora da indicação o primeiro registro de "indicação de cesárea".

Data e hora da realização da cesárea devem ser preenchidos com a data e hora do nascimento. O mesmo é válido para o segundo gemelar (informar a data e hora de nascimento do segundo gemelar nas questões 125G e 125.1G).

126. Indicação da cesariana segundo informações do obstetra:

(No máximo três diagnósticos)

A indicação da cesariana é baseada na descrição do obstetra. É possível verificar tal informação na folha/relatório de parto, folha de descrição da cirurgia, folha de evolução médica ou, ainda, no relato da enfermagem sobre as condições da mulher depois do parto. Pode haver mais de 1 indicação. Para situações nas quais há uma ou mais indicações da lista e uma outra indicação que seja "gestação a termo", "colo desfavorável" ou "37 a 40 semanas", não há necessidade de registrar, porém se esta for a ÚNICA indicação presente, inserir em "outra" e especificar. Por exemplo, se estiver escrito "pré-eclampsia + gestação a termo" ou "diabetes + 40 semanas", marcar apenas "pré-eclâmpsia" e "diabetes", respectivamente. Se, no entanto, estiver escrito na indicação apenas "gestação com 39 semanas", selecionar a opção "outra" e especificar no campo correspondente que vai abrir ao clicar em "Outra". Se indicação for "41 semanas + colo desfavorável", registrar apenas "gravidez prolongada". Para a indicação "Miomectomia/cirurgia uterina prévia" não incluir cesárea anterior. Caso não encontre a indicação da cesariana em nenhum local do prontuário, marque "Nenhuma indicação da cesariana descrita no prontuário".

127. Tipo de anestesia:

No caso de cesariana pode ser que tenha sido realizada anestesia do tipo bloqueio (raquianestesia e/ou peridural) isoladamente ou combinada com algum tipo de sedação. Eventualmente pode ser feita uma anestesia geral. Esta informação é encontrada na folha do anestesista.

128. Administração de antibiótico profilático:

Uso de antibiótico, geralmente cefazolina, antes da cesariana ou durante o procedimento. Em geral, este registro é encontrado na folha de anestesia. Verificar também na folha de materiais e medicações utilizadas no parto feita pela circulante.

129. Complicação intraoperatória:

Acidentes que podem ter ocorrido durante a cirurgia, como lesão de bexiga, de ureter ou de intestino. Caso a resposta seja "sim", preencha a questão 129.1 com as complicações que ocorreram, sendo possível marcar mais de uma opção. Para a opção "outros" considerar, por exemplo, a ocorrência de parada cardíaca materna ou hemorragias DURANTE O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. Não haverá campo aberto para especificar qual outra complicação, apenas use esta opção se identificar uma complicação intraoperatória que não esteja listada. Não considerar complicações ocorridas antes ou após o procedimento.

130. Há registro de acompanhante na cesariana?

Considerar apenas se há registro de acompanhante durante a cesariana (não considerar acompanhante durante o TP que não tenha permanecido explicitamente na cesariana). Caso não haja registro específico de acompanhante na cesariana, marque "Não".

Bloco 14: Dados da assistência pós-parto ou pós-perda fetal (Q131 a Q137)

131. Há registro de verificação dos sinais listados a seguir nas primeiras 2 horas após o parto/perda fetal? (considerar se há registro de que houve vigilância desses parâmetros no período)

As questões do grupo 131 referem-se ao registro no prontuário de cuidados de vigilância e monitoramento pós-parto. Considerar que "Sim" sempre que houver registro destes parâmetros no prontuário nas primeiras 2 horas após o parto, independente de eles estarem normais ou alterados. O objetivo é avaliar o monitoramento pós-parto, se houve registro de vigilância destes parâmetros. Procurar nas folhas de controle de enfermagem, anotação ou evolução pelos seguintes dados:

- 131.1. Pressão arterial
- 131.2. Sangramento/loquiação
- 131.3. Frequência respiratória
- 131.4. Frequência cardíaca

Atenção! Considerar apenas os registros das primeiras 2 horas após o parto ou esvaziamento uterino.

132. Houve administração de Imunoglobulina anti - RH para incompatibilidade RH?

Verificar se há prescrição/uso de imunoglobulina anti-D ou anti-Rh (Rhogan, Matergam etc.) no pós-parto ou pós-perda fetal para os casos que a mãe tem Rh negativo e o RN tem Rh positivo.

133. Houve administração de ocitocina profilática pós-parto/pós-perda fetal imediato?

Verificar se há prescrição/uso de ocitocina no pós-parto de parto normal, de cesariana e após perda fetal precoce. No parto normal, pode não estar na prescrição médica e constar apenas na folha de anestesia ou no registro de enfermagem, especialmente nos partos em que não houve venóclise. A ausência de registro será considerada "não". As principais formas de administração são: 10UI intramuscular, 10UI endovenoso no soro, 5UI em bolus endovenoso.

Atenção! Preste atenção aos horários de administração para se certificar de que a medicação foi feita após o parto vaginal, cesariana ou perda fetal precoce.

134. Houve administração de derivados do ergot (methergin, ergotrate, ergometrina) pós-parto/pós-perda fetal?

Verificar se se há prescrição/uso de derivados do ergot no pós-parto de parto normal, de cesariana e pós perda fetal precoce. Pode não estar na prescrição médica e constar apenas na folha de anestesia ou no registro de enfermagem. A ausência de registro será considerada "não".

135. Houve prescrição de ácido tranexâmico ("Transamin") no pós-parto/pós-perda fetal?

Verificar se se há prescrição/uso de ácido tranexâmico no pós-parto de parto normal, de cesariana e pós perda fetal precoce. Pode não estar na prescrição médica e constar apenas na folha de anestesia ou no registro de enfermagem. A ausência de registro será considerada "não".

136. Houve prescrição de misoprostol no pós-parto/pós-perda fetal?

Verificar se se há prescrição/uso de misoprostol (prostokos, PGE1) no pós-parto de parto normal, de cesariana e pós perda fetal precoce. Pode não estar na prescrição médica e constar apenas na folha de anestesia ou no registro de enfermagem. A ausência de registro será considerada "não".

Atenção! Preste atenção aos horários de administração para se certificar de que a medicação foi feita após o parto vaginal, cesariana ou perda fetal precoce.

137. Há registro de acompanhante no pós-parto ou pós-perda fetal?

Considerar apenas se há registro de acompanhante no pós-parto ou pós-perda fetal precoce (não considerar acompanhante durante o TP, parto ou cesariana). Caso não haja registro específico de acompanhante no pós-parto, marque "Não".

Bloco 15: Morbidade materna durante a internação hospitalar (Q138 a Q179)

Atenção! Existem questões específicas para as mulheres de perda fetal precoce ou que tiveram alta como gestante , com categorias de resposta diferentes (indicadas com P no caso das perdas e com A no caso das altas como gestante, logo após o número da questão – por exemplo: 145P). As questões adequadas abrirão conforme desfecho da gestação (parto, perda fetal precoce ou alta como gestante) assinalado no início do questionário.

138. Hipertensão grave (PA sistólica ≥ 160 mmHg ou PA diastólica ≥ 110 mmHg) durante a internação hospitalar?

Nível pressórico ≥ 160 X ≥110 mmHg ou pico hipertensivo de qualquer valor. Considerar o momento do diagnóstico da hipertensão grave (antes ou após o parto ou esvaziamento uterino de gestação molar).

139. Pré-eclâmpsia grave

Considerar quando a mulher teve diagnóstico de pré-eclâmpsia grave ou pré-eclâmpsia com sinais de gravidade ou pré-eclâmpsia com sinais de iminência de eclâmpsia. Exclui eclampsia (que deve ser respondida na Q139). Considerar o momento do diagnóstico (antes ou após o parto ou esvaziamento uterino de gestação molar).

140. Eclampsia

Convulsão generalizada em paciente SEM história prévia de epilepsia. Inclui coma na pré-eclâmpsia. Registrar o(s) momento(s) em ocorreu (am) a(s) convulsão(ões): antes ou após o parto ou esvaziamento uterino de gestação molar.

141. Síndrome HELLP

Considerar apenas se houver no prontuário a menção explícita à síndrome HELLP ou HELLP. Caso não esteja descrito, mesmo que tenha critérios para a condição, não considerar. Não considerar se houver referência à HELLP parcial. Neste último caso marcar apenas "sim" para Pré-eclâmpsia grave. Considerar o momento do diagnóstico (antes ou após o parto ou esvaziamento uterino de gestação molar).

142. Fígado gorduroso/Esteatose hepática?

Considerar menção a esteatose hepática ou fígado gorduroso no prontuário. Considerar o momento do diagnóstico da condição (antes ou após o parto ou esvaziamento uterino).

143. Há registro de prescrição de sulfato de magnésio?

143.1. Houve administração de sulfato de magnésio?

Procurar por essa informação nas prescrições médicas ou evoluções médicas e de enfermagem. Considerar aqui apenas a PRESCRIÇÃO, tendo ou não sido administrada. Considerar o momento em que a prescrição e/ou administração foram feitas (antes do parto, depois do parto ou antes e depois do parto). Considerar administração (Q143.1) quando houver registro de que foi de fato administrado (anotação da enfermagem, médica ou checagem na prescrição).

144. Administração de anti-hipertensivo para hipertensão grave/pré-eclâmpsia grave/eclampsia?

144.1. Qual anti-hipertensivo?

Procurar por essa informação nas prescrições médicas ou evoluções médicas e de enfermagem. Considerar o momento em que a administração foi feita (antes do parto, depois do parto ou antes e depois do parto). Caso a resposta seja "Sim", aparecerá a questão complementar Q144.1 para indicar qual anti-hipertensivo: hidralazina, nifedipina, Captopril, Enalapril, Amlodipina, Clonidina ou outro. Esta questão permite mais de uma opção, caso a mulher tenha recebido mais de uma

medicação. Caso tenha sido administrado um anti-hipertensivo diferente desses, marcar outro (não é preciso descrever qual).

145. Houve Hemorragia durante a internação hospitalar?

Considerar hemorragia registrada em prontuário em qualquer momento da internação (não apenas pós-parto ou pós esvaziamento uterino). Considerar o momento do diagnóstico (antes ou após o parto ou esvaziamento uterino). Utilizar como critério o registro em prontuário de hemorragia, sangramento aumentado ou sangramento com necessidade de uso de tratamentos (uterotônicos, por exemplo). Para as altas como gestante, a questão permitirá informar se o evento se deu (1) nas primeiras 24h de internação ou (2) após 24horas de internação.

145.1. Administração de ocitocina para tratamento da hemorragia?

Esta questão abrirá se a resposta da 145 for "sim". Caso haja registro de administração de ocitocina para tratamento da hemorragia, marque "sim". Caso contrário, marque "não". Procure essa informação na evolução médica, na prescrição médica e nos registros de enfermagem.

146. Houve hemorragia grave (choque, transfusão) durante a internação hospitalar?

Esta questão só aparecerá se a resposta à Q145 for sim. Só considerar grave se as condições "hipotensão" ou "transfusão sanguínea" estiverem presentes ou se tiver tido necessidade retorno à sala cirúrgica em razão da hemorragia. Para as altas como gestante, a questão permitirá informar se o evento se deu (1) nas primeiras 24h de internação ou (2) após 24horas de internação.

147. Houve indicação de transfusão de hemocomponentes (ex: sangue total, concentrado de hemácias, plasma, plaquetas, crioprecipitado)?

Esta questão só aparecerá se a resposta à Q145 for sim. Considerar que "Sim" sempre que houver registro de indicação de transfusão de qualquer hemocomponente (independentemente de ter sido realizada ou não).

147.1. Foi realizada transfusão de hemocomponentes?

147.2. Data da indicação da transfusão:

147.3.hr. Hora da indicação da transfusão:

147.4. Data da transfusão:

147.5. Hora da transfusão:

Caso tenha havido indicação de transfusão (Q147 = "Sim"), as perguntas adicionais Q147.1-5 deverão ser respondidas. Registrar a data/hora da primeira indicação de transfusão e a hora da realização da transfusão de fato. Procurar informações nas evoluções, prescrição e anotação de enfermagem. De forma geral, há impressos próprios para registro de transfusão no prontuário, bem como são anexadas etiquetas dos hemocomponentes.

Atenção! Existem questões específicas para as mulheres com alta como gestante , com categorias de resposta diferentes. As questões adequadas abrirão conforme desfecho da gestação (parto, perda fetal precoce ou alta como gestante) assinalado no início do questionário.

148. Radiologia intervencionista (embolização da artéria uterina) para tratamento de hemorragia pós parto/pós-perda fetal?

Esta questão só aparecerá se a resposta à Q145 for sim. Considerar que "Sim" sempre que houver registro procedimentos de radiologia intervencionista para hemorragia, como embolização de artéria uterina.

149. Houve colocação de balão de tamponamento uterino para tratamento de hemorragia pós parto/pós-perda fetal?

Esta questão só aparecerá se a resposta à Q145 for sim. Considerar que "Sim" sempre que houver registro de uso de balão para tamponamento uterino (Balão de Bakri, sonda foley + preservativo ou outra forma de tamponamento uterino utilizando balão).

150. Houve diagnóstico de endometrite pós parto/pós perda-fetal?

Infecção puerperal na qual ocorre infecção do endométrio caracterizada por febre puerperal, lóquios fétidos, útero amolecido e doloroso à mobilização.

151. Infecção de ferida operatória ou perineal?

Infecção da ferida operatória superficial ou profunda ou ainda infecção de laceração ou episiotomia.

152. Sepse ou infecção sistêmica grave?

Pode estar registrada como sepse ou septicemia ou choque séptico ou infecção sistêmica grave. Considerar registro de diagnóstico de sepse, independentemente do sítio original da infecção ou do momento (antes ou após o parto/esvaziamento).

Atenção! Existem questões específicas para puérperas de parto ou perda fetal ou para mulheres com alta como gestante, com categorias de resposta diferentes. As questões adequadas abrirão conforme desfecho da gestação (parto ou perda fetal) assinalada no início do questionário.

153. Houve administração de antibióticos? (Não considerar antibiótico profilático para cesariana ou esvaziamento uterino)

Checar todas as prescrições pós-parto para verificar se foi prescrito algum antibiótico por via oral ou endovenosa. **Para cesariana, não considerar antibiótico profilático.**

154. Houve diagnóstico de placenta retida?

Quando a placenta não foi expulsa espontaneamente, sendo necessária extração manual da mesma. Neste caso, provavelmente a paciente foi encaminhada do pré-parto ou PPP para centro cirúrgico e administrado mais anestésico pelo cateter peridural ou realizada anestesia para o procedimento.

Atenção! Existem questões específicas para puérperas de parto ou perda fetal, com categorias de resposta diferentes. As questões adequadas abrirão conforme desfecho da gestação (parto ou perda fetal) assinalada no início do questionário.

155. Houve diagnóstico de acretismo placentário?

Quando a placenta está implantada e aderida na camada basal da decídua (acreta), no miométrio (increta) ou além do miométrio, a partir da serosa (percreta).

Atenção! Existem questões específicas para puérperas de parto ou perda fetal, com categorias de resposta diferentes. As questões adequadas abrirão conforme desfecho da gestação (parto ou perda fetal) assinalada no início do questionário.

156. Rotura uterina

Rotura uterina durante trabalho de parto ou após procedimento para interrupção da gestação confirmada por laparotomia. Não considerar deiscência da cicatriz eventualmente encontrada durante cesariana como rotura uterina. No caso da resposta a essa questão ser "Sim", a questão adicional Q156.1 também deverá ser respondida (sobre o momento em relação ao parto ou esvaziamento uterino).

157. Retorno à sala cirúrgica

Necessidade de retorno à sala cirúrgica pós-cesariana ou procedimento de esvaziamento uterino ou ida para sala cirúrgica após parto normal para realização de curetagem, curagem, extração manual da placenta, drenagem de hematomas, laparotomia, ressutura de ferida etc. Requer novo procedimento anestésico em geral. No caso da resposta a essa questão ser "Sim", a questão adicional Q157.1 também deverá ser respondida (sobre o motivo do retorno à sala cirúrgica).

158. Houve indicação de laparotomia pós-parto/ pós perda fetal precoce? (inclui histerectomia)

158.1. Foi realizada laparotomia pós-parto/ pós perda fetal precoce?

Realização de cirurgia com abertura do abdome após o parto, seja para realização de histerectomia, reabordagem cirúrgica após cesariana, drenagem de hematomas ou abscessos etc. Considerar apenas a indicação para responder à Q158. Caso a laparotomia tenha sido de feito realizada, registrar na questão Q158.1. Caso o procedimento tenha sido indicado ou realizado de fato, questões adicionais deverão ser respondidas indicando data e hora da indicação e da realização.

159. Foi indicada histerectomia pós-parto/ pós perda fetal precoce?

159.1. Foi realizada histerectomia pós-parto/ pós perda fetal precoce?

Realização de cirurgia para retirada do útero pós-parto ou pós-perda fetal precoce. Considerar apenas a indicação para responder à Q159. Caso a histerectomia tenha sido de feito realizada, registrar na questão Q159.1. Caso o procedimento tenha sido indicado ou realizado de fato, questões adicionais deverão ser respondidas indicando data e hora da indicação e da realização.

160. Houve complicação anestésica durante a internação hospitalar?

161. Houve diagnóstico de edema pulmonar?

162. Houve diagnóstico de convulsões?

163. Houve trombocitopenia < 100 mil?

164. Houve diagnóstico de crise tireotóxica?

165. Houve diagnóstico de choque?

166. Houve diagnóstico de insuficiência respiratória aguda?

167. Houve diagnóstico de acidose?

168. Houve diagnóstico de cardiopatia?

169. Houve diagnóstico de AVC?

170. Houve diagnóstico de distúrbios de coagulação?

171. Houve diagnóstico de tromboembolismo?

172. Houve diagnóstico de cetoacidose diabética?

173. Houve diagnóstico de icterícia disfunção hepática?

174. Houve diagnóstico de meningite?

175. Houve diagnóstico de Insuficiência renal aguda?

176. Houve colocação de acesso venoso central?

177. Houve intubação não realizada à anestesia?

178. Houve hospitalização prolongada, superior a 7 dias, por complicação materna (ou seja, não relacionada à internação do RN)?

O bloco de questões Q160-178 deverá ser respondido com "Sim" ou "Não" de acordo com a localização, no prontuário, de uma das condições listadas. Considerar apenas o registro em prontuário do diagnóstico, independentemente da existência de evidências não explícitas de uma condição específica. Procure cuidadosamente no prontuário por esses diagnósticos ou condições descritos pelo médico ou profissional de enfermagem (evoluções ou anotações). Estes dados são muito relevantes para o estudo, é importante buscar com atenção no prontuário.

179. Houve indicação de internação ou transferência para UTI?

179.1. Foi internada em UTI?

Admissão em UTI, unidade de cuidados intensivos ou de terapia intensiva. Considerar apenas a indicação para responder à 179. Caso a admissão tenha de fato ocorrido, registrar na questão Q179.1. Caso a internação tenha sido indicada ou realizada de fato, questões adicionais deverão ser respondidas indicando data e hora da indicação e da realização.

Bloco 16: Dados sobre Near Miss Materno (Q180 a Q203)

São informações sobre situações maternas de gravidade suficiente para trazer risco de morte para a mulher. Seu registro é fundamental. Os dados podem estar descritos na ficha de internação se a mulher já chegou com alguma complicação;

podem estar na evolução do trabalho de parto e/ou na hora da realização da cesariana e também no puerpério imediato; podem estar na evolução da enfermagem ou na evolução da recuperação anestésica, evolução da UI ou CTI e, se a mulher tiver sido avaliada por um clínico podem estar descritos nesta avaliação. Será necessário também avaliar os exames laboratoriais para checar se há alguma condição de *near miss* nas mulheres com gravidade. Para esse bloco, em particular, será necessário recorrer a essas várias fontes de informação para a identificação da condição de interesse, pois raramente elas estarão descritas no prontuário exatamente da forma definida pela Organização Mundial de Saúde, que é o critério adotado neste estudo.

Atenção!

1) Esse bloco só abrirá caso a mulher tenha apresentado alguma condição que a caracterize como um caso de morbidade materna grave (o redcap fará essa decisão automaticamente e só mostrará o bloco para os casos elegíveis – caso ele esteja oculto para você, isso se deve a não ter sido marcado nenhum critério de caso grave anteriormente no instrumento)
2) Existem questões específicas para puérperas de parto ou perda fetal, com categorias de resposta diferentes (elas são identificadas com um "P", por exemplo 180P). As questões adequadas abrirão conforme desfecho da gestação (parto ou perda fetal) assinalada no início do questionário.

180. Cianose aguda

Marcar "Sim" caso esse sinal clínico esteja presente no prontuário.

ATENÇÃO! Marcando sim, lembre-se de referir em que momento do evento.

181. Respiração agônica (gasping)

Define-se como padrão respiratório terminal e com respiração ruidosa. Esse sinal só será encontrado em pacientes muito críticos.

ATENÇÃO! Marcando sim, lembre-se de referir em que momento do evento.

182. Frequência respiratória (FR) > 40 ou < 6 ipm

Marcar "Sim" caso este sinal esteja registrado no prontuário. A simples referência à "taquipneia" sem a FR não deve ser registrada. Verificar na evolução de enfermagem dos sinais vitais.

ATENÇÃO! Marcando sim, lembre-se de referir em que momento do evento.

183. Choque não responsivo à reposição volêmica

Define-se como hipotensão grave persistente (PA sistólica < 90 mmHg por ≥60 minutos com FC ≥ 120 bpm) apesar de reposição volêmica agressiva (> 2 litros). Portanto, a simples referência à choque no prontuário não deve ser considerada, a não ser que essa condição persista a despeito de reposição volêmica.

ATENÇÃO! Marcando sim, lembre-se de referir em que momento do evento.

184. Oligúria não responsiva à hidratação e medicamentos

Definida como um débito urinário < 30 ml/h durante 4 horas ou < 400 ml/24h.

ATENÇÃO! Marcando sim, lembre-se de referir em que momento do evento.

185. Distúrbio de coagulação

Pode ser avaliada pelo teste de coagulação à beira do leito ou ausência de coagulação de acessos venosos após 7-10 minutos. Considerar se houver registro em prontuário de "distúrbio de coagulação", "coagulopatia", "desordens da coagulação".

ATENÇÃO! Marcando sim, lembre-se de referir em que momento do evento.

186. Icterícia na presença de pré-eclâmpsia

Para as mulheres com diagnóstico de pré-eclampsia, avaliar a presença de icterícia. Mulheres com icterícia provavelmente apresentaram taxas séricas de bilirrubina alteradas (bilirrubina total > 1.2 mg/ml).

ATENÇÃO! Marcando sim, lembre-se de referir em que momento do evento. Preste atenção na identificação do resultado de bilirrubina, evitando usar resultados do RN. Esse foi um erro comum observado em estudos anteriores. Confirme sempre se o resultado da dosagem de bilirrubina é da mulher.

187. Convulsões reentrantes/paralisia total

Condição na qual o cérebro está em um estado de permanente convulsão. Equivalente ao status epilepticus, normalmente definido como uma convulsão contínua e ininterrupta que dura mais de 30 minutos, ou crises recorrentes sem recuperação da consciência entre as convulsões por mais de 30 minutos. A eclampsia não é sinônimo dessa condição, pode ter ocorrido um episódio convulsivo autolimitado que não caracteriza a condição aqui descrita.

ATENÇÃO! Marcando sim, lembre-se de referir em que momento do evento.

188. AVC

É um déficit neurológico de causa vascular cerebral que persiste após 24 horas ou é interrompido pela morte dentro de 24 horas.

ATENÇÃO! Marcando sim, lembre-se de referir em que momento do evento. Não considerar antecedente de AVC.

189. Perda da consciência maior que 12 horas

Uma profunda alteração do estado mental que envolve a completa ou quase completa falta de resposta a estímulos externos. É definida como uma Escala de Coma Glasgow < 10 (coma moderado ou grave). Marcar caso esse estado tenha permanecido por > 12 horas. Não considerar coma induzido.

ATENÇÃO! Marcando sim, lembre-se de referir em que momento do evento.

190. Perda da consciência associada à ausência de pulso

Uma profunda alteração do estado mental que envolve a completa ou quase completa falta de resposta a estímulos externos. É definida como uma Escala de Coma Glasgow < 10 (coma moderado ou grave). Marcar caso tenha ocorrido conjuntamente com ausência de pulso.

ATENÇÃO! Marcando sim, lembre-se de referir em que momento do evento.

Apresentou alguma das seguintes alterações laboratoriais, em algum momento da internação:

191. Saturação de O2 < 90% por mais de 60 minutos

Condição que denota necessidade de monitorização clínica. Verificar nos relatos da enfermagem, na ficha de anestesia, bem como na evolução médica.

ATENÇÃO! Marcando sim, lembre-se de referir em que momento do evento.

192. PaO2/FiO2 < 200 mmHg

Relação entre a saturação arterial de oxigênio (PaO2) e a fração inspirada de oxigênio (FiO2). A saturação arterial de oxigênio é determinada pela realização de uma gasometria arterial. A fração inspirada de oxigênio pode variar de acordo com o paciente e deve ser gravada no momento da coleta de sangue para a gasometria. Pode ser precisa (por exemplo, durante a ventilação mecânica, 0,21 -1,00) ou estimada (sem suplementação de oxigênio, 0,21; cateter nasal de oxigênio, 0,25; facial máscara de oxigênio, 0,25-1,0). Portanto, aqui muitas vezes será necessário que se faça o cálculo levando-se em consideração a gasometria obtida e as referências de FiO2 disponíveis neste instrutivo.

ATENÇÃO! Marcando sim, lembre-se de referir em que momento do evento.

193. Creatinina ≥ 3,5 mg/dl

Buscar nos resultados de exames ou anotações de resultados de exames por valores de creatinina acima de 3,5 mg/dl.

ATENÇÃO! Marcando sim, lembre-se de referir em que momento do evento.

194. Bilirrubina > 6 mg/dl

Buscar nos resultados de exames ou anotações de resultados de exames por valores de bilirrubina (pode estar registrada BT) acima de 6 mg/dl.

ATENÇÃO! Marcando sim, lembre-se de referir em que momento do evento. Certifique-se de que o resultado do exame é da mulher e não do RN. Esse foi um erro comum em estudos anteriores.

195. pH < 7,1

Este indicador deve ser aferido através de um exame de gasometria arterial.

ATENÇÃO! Marcando sim, lembre-se de referir em que momento do evento.

196. Lactato > 5

Este indicador deve ser aferido através de um exame de gasometria arterial.

ATENÇÃO! Marcando sim, lembre-se de referir em que momento do evento.

197. Trombocitopenia aguda (plaquetas < 50.000)

Deve-se considerar que este indicador só deve ser registrado quando for consequente a uma causa aguda como, por exemplo, pré-eclâmpsia ou sepse. Condições crônicas tais como doenças hematológicas crônicas ou trombocitopenia gestacional não devem ser consideradas.

ATENÇÃO! Marcando sim, lembre-se de referir em que momento do evento.

198. Perda de consciência associada à presença de glicose e cetoácidos na urina

Uma profunda alteração do estado mental que envolve a completa ou quase completa falta de resposta a estímulos externos. É definida como uma Escala de Coma Glasgow < 10 (coma moderado ou grave). Marcar se estiver associada à presença de glicose e cetoácidos na urina, como nos casos de coma por cetoacidose diabética.

ATENÇÃO! Marcando sim, lembre-se de referir em que momento do evento.

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

199. Uso contínuo de drogas vasoativas (dopamina, dobutamina, adrenalina)

O uso contínuo de qualquer dose de dopamina, adrenalina e noradrenalina. No contexto da infusão de drogas vasoativas, refere-se à infusão contínua e ininterrupto por algum tempo de uma solução contendo um fármaco vasoativo. Ela opõe-se à injeção em bolus ou intermitente de um fármaco vasoativo, que pode ser realizada, por exemplo, durante a cesariana. Em geral, as mulheres com necessidade de infusão contínua de drogas vasoativas tiveram diagnóstico de choque.

ATENÇÃO! Marcando sim, lembre-se de referir em que momento do evento.

200. Histerectomia pós-infecção ou hemorragia

Histerectomia realizada durante cesariana, pós-parto ou pós perda-fetal, devido a hemorragia ou infecção.

200.1. Transfusão ≥ 5 unidades de hemácias

Transfusão de ≥ 5 concentrados de hemácias contabilizando todas as unidades recebidas durante a internação. Por exemplo: se tiver recebido 3 antes do parto e 3 depois do parto, o total é 6 e deve ser marcada essa questão como “Sim”, indicando o momento que mais se aplica (antes do parto apenas, após o parto apenas, antes e depois do parto). Não contabilizar unidade de plasma, plaquetas ou crioprecipitado.

201. Diálise por insuficiência renal aguda

Necessidade de diálise frente a diagnóstico de insuficiência renal aguda. Não marcar caso motivo de diálise seja doença renal pré-existente para a qual a paciente já estava em tratamento durante gravidez.

ATENÇÃO! Marcando sim, lembre-se de referir em que momento do evento.

202. Intubação e ventilação mecânica ≥ 60 minutos não relacionada à anestesia

Intubação e ventilação mecânica decorrentes de depressão respiratória com necessidade de suporte ventilatório. Neste caso, não marcar caso a intubação tenha sido realizada para procedimento cirúrgico como cesariana ou histerectomia. Contudo, caso a intubação tenha se mostrado necessária após procedimento e mantida ao término do procedimento por ≥ 60 minutos, marcar "sim".

ATENÇÃO! Marcando sim, lembre-se de referir em que momento do evento.

203. Ressuscitação cardiopulmonar

Refere-se a um procedimento de emergência médica para atendimento de uma vítima de parada cardíaca, incluindo compressões tórax e ventilação pulmonar.

ATENÇÃO! Marcando sim, lembre-se de referir em que momento do evento.

Bloco 17: Dados do recém-nato – 1ª parte (Q204 a Q217)

ATENÇÃO! No caso de gemelar (dois RN), preencher as questões que possuem "G" ao lado do número da questão.

204. Nº do prontuário do recém-nato: (completar com 8 caso não tenha sido internado)

205. Número da Declaração de Nascido Vivo: (completar com 9 caso não tenha a DN no prontuário)

206. Sexo:

207. Peso ao nascer (em gramas):

208. Comprimento ao nascer (centímetros):

209. Perímetro cefálico ao nascer (centímetros):

O registro adequado dessas informações é importante para o estudo. O número do prontuário do RN preenchido adequadamente permite a recuperação do mesmo em caso de necessidade de revisão. A via rosa da DNV é frequentemente anexada ao prontuário (original ou cópia) em muitas maternidades. Confira esses números para garantir que eles estejam adequadamente preenchidos. As informações antropométricas do recém-nascido bem como o sexo podem ser encontrados na ficha de registro do neonatologista/pediatra ou nos controles de enfermagem. Considerar o peso do nascimento, atentar para não registrar outros pesos durante a internação.

211. Idade gestacional por Capurro/Ballard

Embora já tenha informada a idade gestacional anteriormente, o objetivo desta pergunta é registrar as informações descritas na folha ou prontuário do RN.

Para a questão 211, registrar os dados apenas quando houver descrição do método utilizado (Capurro ou Ballard). Se não houver referência do método aplicado, preencher "não informado". Caso tenham sido utilizados os dois métodos, considere a IG calculada pelo método de Ballard.

Preencher sempre as semanas gestacionais completas (por exemplo, 40 semanas e 3 dias, registrar 40 semanas).

213 e 214. Índice de Apgar no primeiro e quinto minuto

Procurar no prontuário o índice ou escore de Apgar para o bebê no 1º e 5º minuto de vida. Esta informação pode estar nas anotações da pediatria, descrição do parto ou ainda na DN. Atenção para não considerar o Apgar de 10º minuto, caso ele esteja disponível.

215. Clampeamento do cordão:

Considerar o registro em prontuário, na descrição do parto ou evoluções médica/enfermagem ou folha de sala. Considerar imediato ou <1 min como "imediato". Acima de 1 minuto, tardio/oportuno. Se não houve referência ao momento, informar "Sem registro". Atentar para a anotação do clampeamento na descrição de parto. Caso haja referência a clampeamento após a dequitação, por exemplo, considerar como oportuno. Caso a descrição de parto seja numerada em sequência de eventos, considerar a sequência de eventos para definir se houve clampeamento oportuno.

216. Contato pele a pele imediato após o nascimento:

Considerar o registro em prontuário, na descrição do parto ou evoluções médica/enfermagem ou folha de sala. Considerar imediato se estiver descrito desta forma ou se tiver menção a "ir direto para o seio materno" ou similar. Caso tenha havido contato na sala, porém não imediato (apenas após primeiros cuidados, por exemplo), não considerar. Se não houve referência ao momento, informar "Sem registro".

217. Aleitamento na primeira hora de vida (considerar a sala de parto e alojamento conjunto):

Considerar o registro em prontuário, na descrição do parto ou evoluções médica/enfermagem ou folha de sala. Atentar para o intervalo de 1 hora após o nascimento. Esta primeira mamada pode ter ocorrido em sala, na RPA ou no alojamento conjunto. De modo que é necessário buscar pela informação nos registros desses setores. Se não houve referência ao momento, informar "Sem registro".

Blocos 18: Dados do recém-nato – 2ª parte (Q218 a Q278)

ATENÇÃO! No caso de gemelar (dois RN), preencher as questões que possuem "G" ao lado do número da questão.

218. O2 inalatório

Avaliar se houve registro de administração de O2 inalatório durante atendimento ao recém-nascido, sob máscara, com ambú, neopuff, ou apenas com cânula de saída de O2.

219. CPAP na sala de parto

Avaliar se houve registro de administração de O2 inalatório durante atendimento ao recém-nascido, sob máscara, com ambú, neopuff, ou apenas com cânula de saída de O2.

220. Ventilação com ambú + máscara ou baby puff

Registar caso tenha sido realizada ventilação sob pressão positiva (VPP) com ambú ou com máscara usando babypuff/neopuff. **A ventilação não implica em ter utilizado O2 associado.**

221. Intubação oro-traqueal

Registrar caso tenha sido realização intubação do recém-nascido, mesmo que por pouco minutos, como parte das manobras de ressuscitação na sala de parto.

222. Massagem cardíaca

Registrar caso tenha sido realizada massagem cardíaca como parte das manobras de ressuscitação do RN na sala de parto. Pode estar registrado como “compressões torácicas”.

223. Cateterismo umbilical

Registrar caso tenha sido realizado cateterismo umbilical em sala de parto, como parte das manobras de reanimação. Não considerar cateterismo em contexto de UTI neonatal, após a saída da sala de parto.

224. Expansão volêmica (soro fisiológico pela veia umbilical)

Caso tenha sido realizado cateterismo umbilical em sala de parto e informado na questão 223, será necessário responder se foi feita expansão volêmica (administração de soro) via veia umbilical. Este procedimento precisa ter sido realizado em sala de parto, como parte das manobras de reanimação, para ser registrado aqui.

225. Drogas (adrenalina)

Registrar caso tenha sido utilizada adrenalina, seja pelo tubo ou na veia umbilical, como parte das manobras de ressuscitação do RN. Indicar na resposta a via de administração (tubo ou veia umbilical). A questão permite mais de uma resposta, caso tenha sido realizada adrenalina no tubo e também pela veia umbilical.

226. Aspiração de vias áreas superiores

Por vezes encontrada sob a sigla AVAS. Realizada na sala de parto logo após nascimento. Pode estar registrada na ficha de atendimento do pediatra e/ou da enfermagem.

227. Aspiração gástrica

Realizada na sala de parto logo após nascimento. Pode estar registrada na ficha de atendimento do pediatra e/ou da enfermagem.

228. Vitamina K (Kanakion)

Nos hospitais privados, é frequentemente realizada no berçário, mas pode também ser realizada na sala de parto. Provavelmente pode ser encontrada informação na prescrição do pediatra após parto. Também pode ser encontrada no registro de enfermagem.

229. Credé (colírio de nitrato de prata)

Nos hospitais privados, é frequentemente realizada no berçário, mas pode também ser realizada na sala de parto. Provavelmente pode ser encontrada informação na prescrição do pediatra após parto. Também pode ser encontrada no registro de enfermagem. Também será considerado o uso de PVPI ao invés do nitrato de prata.

230. Vacina contra hepatite B

231. Vacina BCG

Nos hospitais privados, é frequentemente realizada no berçário. Hepatite B pode também ser realizada na sala de parto em alguns hospitais. Provavelmente pode ser encontrada informação na prescrição do pediatra após parto. Também pode ser encontrada no registro de enfermagem.

232. Foi para incubadora, berçário ou berço aquecido após a sala de parto

É rotina em muitos hospitais privados, a permanência do RN por cerca de 2 horas no berçário após nascimento. Provavelmente pode ser encontrada informação no registro da enfermagem, mas também pode constar na prescrição ou na evolução do pediatra após parto. Considerar também se RN foi mantido em berço aquecido em local que não tenha sido aquele onde ocorreu o nascimento. Não marcar esta opção se RN foi mantido no berço aquecido na sala de parto durante 3º e 4º períodos ou até o término da cesariana. Caso tenha internado em UTI neonatal diretamente da sala de parto, informar "Não, pois foi internado em UTI neonatal ao sair da sala de parto".

233. Fez Teste da Orelhinha (emissão otoacústica/BERA)

234. Fez Teste do Coraçãozinho (oximetria de pulso)

235. Fez Teste do Olhinho (reflexo vermelho)

235.1. Fez teste do pezinho?

Estas questões referem-se aos testes que compõe a triagem neonatal. O exame do coraçãozinho é rotina com 24 horas, portanto, deve estar registrado para todos os bebês. Pode estar registrado como Saturação de O2 ou oximetria, desde que haja informação de que foi realizado tanto no membro superior quanto no inferior (por exemplo Sat O2 MSD 98%, MID 99%). Os exames da orelhinha e do olhinho são feitas em algumas maternidades, mas não todas. O teste do olhinho pode estar registrado como "reflexo vermelho". O teste do pezinho é realizado durante a internação também em algumas maternidades ou nos casos em que o bebê tem uma internação prolongada. Essas informações estarão provavelmente nos

registros do pediatra, prescrição do recém-nascido ou na documentação de enfermagem. Caso não tenha sido realizado, informar “Não”.

236. O RN foi internado (não considerar permanência em observação no berçário após o nascimento ou permanência em alojamento conjunto)

Informar se houve internação do recém-nascido, sem considerar a permanência em observação no berçário logo após saída da sala de parto ou a permanência com a mãe em alojamento conjunto.

237. Houve indicação de internação em UTI neonatal?

Informar se houve INDICAÇÃO de internação do recém-nascido em UTI neonatal (Unidade de Terapia Intensiva, UTIn). Confirmar se a indicação foi de fato para internação em UTI e não em berçário ou UCI (Unidade de Cuidados Intermediários) ou unidade canguru. Esta questão se refere à indicação apenas, mesmo que não tenha sido de fato admitido. Procurar por menção à necessidade ou indicação de UTI neonatal no prontuário do RN. Caso identifique indicação de internação, mesmo que ela não tenha ocorrido, marque “Sim”.

238. Houve indicação de internação em UCI neonatal?

Informar se houve INDICAÇÃO de internação do recém-nascido em UCI (Unidade de Cuidados Intermediários). Confirmar se a indicação foi de fato para admissão em UCI e não em berçário ou UTI. Esta questão se refere à indicação apenas, mesmo que não tenha sido de fato admitido. Procurar por menção à necessidade ou indicação de UCI neonatal no prontuário do RN. Caso identifique indicação de internação, mesmo que ela não tenha ocorrido, marque “Sim”.

238.1. Qual foi a indicação da internação em UTI ou UCI neonatal?

Caso à resposta para 237 ou 238 seja “Sim”, informar qual a indicação (motivo) alegado para necessidade da internação em UTI ou UCI registrada no prontuário. Pode marcar mais de uma opção de resposta. Caso o motivo da indicação seja diferente das opções disponíveis, marque em “outro” e descreva o motivo da indicação na questão 238.1.1.

238.2.Data da primeira indicação

238.3 Hora da primeira indicação

Caso à resposta para 237 ou 238 seja “Sim”, estas questões aparecerão para informar qual a data e hora da primeira indicação de necessidade de internação em UTI ou UCI registrada no prontuário.

239. Houve internação em Unidade Neonatal (UTI ou UCI convencional)?

Caso à resposta para 237 ou 238 seja “Sim”, informar se houve de fato internação em UTI ou UCI. Registrar de acordo com a unidade que o RN foi de fato admitido. Caso tenha tido admissão em duas unidades, por exemplo, foi admitido em UCI e posteriormente necessitou de UTI, marcar a internação em UTI.

239.1. Dia da primeira internação na UTI neonatal

239.2 Hora da primeira internação na UTI neonatal

Caso à resposta para Q239 seja "Sim, na UTI", estas questões aparecerão para informar qual a data e hora da primeira internação em UTI neonatal registrada no prontuário

239.3 Motivo da não internação em UTI ou UCI neonatal?

Caso à resposta para 239 seja "Não", informar qual o motivo da não internação, selecionando uma das opções disponíveis. É possível marcar mais de um motivo. Caso o motivo da não internação seja diferente das opções disponíveis, marque em "outros" e descreva o motivo na questão 239.3.1

239.4 Houve internação em Unidade Canguru?

239.5 Peso na internação na Unidade Canguru

Informar na Q239.4 se houve internação em unidade canguru. Considerar apenas se há informação explícita de unidade canguru ou cuidado canguru. Caso a resposta seja "Sim", responder na 239.5 qual o peso no momento da admissão.

Utilização de oxigênio após o nascimento:

241. Utilização de oxigênio após a saída da sala de parto

Considerar qualquer tipo de oxigenioterapia após a saída da sala de parto. Não considerar oxigênio utilizado na sala de parto, durante os cuidados imediatos após o nascimento.

242. Hood ou circulante

Considerar circulante cateter nasal de O_2 ou menção específica a Hood ou tenda.

243. CPAP nasal após a saída da sala de parto?

CPAP (Continuous Positive Airway Pressure- Pressão Positiva Contínua em Vias Aéreas), também pode ser encontrada sob a nomenclatura de ventilação não invasiva sob pressão positiva (VNIPP). Considerar também a nomenclatura simples de ventilação não invasiva (VNI). Considerar nesta questão apenas se houve uso de CPAP após a saída da sala de parto, não considerar procedimentos de reanimação.

244. Ventilação mecânica

Registrar quando há necessidade de ventilação mecânica ou invasiva durante internação.

245. Com 28 dias de vida estava em oxigenioterapia (qualquer tipo)

Registrar apenas se com 28 dias de vida (fim do período de coleta para RN) o RN permanecia em uso de oxigenoterapia de qualquer tipo. Caso tenha tido alta antes de 28 dias, informar que o RN não estava mais internado. Caso tenha evoluído para óbito neonatal, assinalar que evoluiu para óbito antes de completar 28 dias de vida.

246. Se bebê nasceu prematuro, com 36 semanas de idade gestacional corrigida ainda estava em oxigenioterapia (de qualquer tipo):

O objetivo desta pergunta é saber se com 36 semanas de idade gestacional corrigida, o RN ainda estava em oxigenioterapia. O cálculo da IG corrigida é feito a partir da informação da idade gestacional ao nascer, descrita na folha do RN, que pode ser pela DUM, USG Capurro ou Ballard, dependendo do que foi adotado pelo pediatra como referência. A correção é feita somando ao número de dias ou semanas de vida à idade gestacional ao nascer. Por exemplo, bebê nasceu com 33 semanas e tem 12 dias de vida. Neste caso ele tem mais 1 semana e 5 dias, logo a IG corrigida é igual a 34 semanas e 5 dias. Uma vez, calculada a IG corrigida, ver se o bebê ainda está em oxigenioterapia. A opção no caso deste exemplo é: Ainda não atingiu 36 semanas.

Se ao fazer a correção a IG corrigida atingir 36 semanas, as opções poderão ser SIM ou NÃO. Se o RN nasceu a termo, esta pergunta não se aplica, logo marque a primeira opção "RN nasceu a termo". Marcar "ainda não atingiu 36 semanas", caso após o período neonatal (28 dias), o RN ainda não havia atingido 36 semanas corrigidas. Caso o RN tenha recebido alta com 34 semanas corrigidas, por exemplo, marcar "não estava mais internado". Caso tenha havido óbito antes de 36 semanas corrigidas, informar "Óbito com menos de 36 semanas gestacionais".

247. Utilização de surfactante:

Exemplos mais comuns de surfactantes que podem estar descritos no prontuário: Exosurf (sintético), Curosurf (natural), Survanta (natural) e Alveofact (natural).

248. Realizado protocolo de hipotermia terapêutica

Registrar caso o RN tenha sido colocado em protocolo de hipotermia por suspeita de asfixia após o nascimento.

249. Uso de anticonvulsivantes (fenobarbital, hidantal, difenil-hidantoína, mizadolam, keppra, outros)

Registrar caso o RN tenha feito uso de qualquer uma das medicações mencionadas ou haja registro de tratamento anticonvulsivante mesmo sem especificação da droga.

250. Registro de hipoglicemia (glicemia menor do que 40) nas primeiras 48h de nascido

251. Menor valor de glicemia nas primeiras 48 horas

Registrar caso o RN tenha tido registro de hipoglicemia com glicemia < 40 nas primeiras 48 horas de nascido. Caso a resposta seja "Sim", responder qual foi o menor valor de glicemia identificado no prontuário nestas primeiras 48h na questão 251.

252. Uso de corticoide para tratamento de hipoglicemia refratária?

Registrar caso o RN tenha feito uso de corticoide especificamente registrado como associada ao tratamento da hipoglicemia refratária. Se não houver registro de hipoglicemia refratária, não considerar uso de corticoide por outras razões.

253. Uso de antibiótico

253.1. Quanto tempo de tratamento com antibiótico em dias?

Registrar caso o RN tenha recebido tratamento com antibióticos e indicar o momento (nas primeiras 48h ou após as primeiras 48h). Caso a resposta seja "Sim", responder qual foi a duração total (em dias) do tratamento com antibióticos na Q253.1. Se tiver havido troca do esquema de antibióticos, considerar a duração total.

253.2. Fez uso de antifúngicos?

Registrar caso o RN tenha feito uso de antifúngicos durante a internação. Caso a resposta seja "sim", registrar na 253.2.1 qual foi o antifúngico utilizado e se o uso foi profilático ou para tratamento de infecção fúngica. Esta questão aceita mais de uma opção de resposta.

254. Fez hemocultura?

Identificar no prontuário registro de hemocultura durante a permanência hospitalar do RN. Informar se foi realizada e o resultado (se disponível). Procurar, além de nas anotações médicas e de enfermagem, nos laudos de exame.

255. Fototerapia nas primeiras 72h de vida:

Identificar no prontuário registro de fototerapia nas primeiras 72 horas de vida (contar a partir da hora de nascimento). Identificar e registrar o momento da realização (nas primeiras 24 horas ou entre 24 e 72 horas).

255.1. Nível máximo de bilirrubina nas primeiras 72h de vida:

Registrar o **valor máximo** de bilirrubina descrito no prontuário no período que compreende **até 72h após o nascimento**. **Se não houver esta informação preencher com 99,9**. Essa informação poderá ser obtida na evolução do RN e/ou nos resultados de exames laboratoriais.

256. Tipo sanguíneo da Mãe:

257. Tipo sanguíneo do RN:

258. Fator RH do RN:

259. Fator RH da mãe:

260. Coombs direto (RN):

261. Coombs indireto (mãe):

Procurar estas informações na admissão da mulher ou nas evoluções da Obstetrícia/enfermagem para a mulher e nas anotações da pediatria para o RN. Eventualmente, o registro de ambos os dados pode estar junto no prontuário da mãe ou do RN em razão da decisão por fazer ou não imunoglobulina para os casos de incompatibilidade RH. Essa informações pode estar também anexada como laudo de resultado de exames laboratoriais. A tipagem sanguínea materna e o resultado do Coombs indireto também deverão ser registrado no caso de óbito fetal.

262. Foi realizada de transfusão sanguínea (qualquer tipo de hemocomponente - hemácias, plasma, plaquetas, crioprecipitado)

263. Foi realizada exsanguineotransfusão?

Procurar estas informações no prontuário neonatal, nos casos de internação (em geral em UTI neonatal). São procedimentos realizados, em geral, em RN em estado mais grave ou prematuros. Considerar nas transfusões qualquer tipo de hemocomponente (hemácias, plasma, plaquetas, crioprecipitado).

264. Apresentou malformação congênita?

Defeitos congênitos, malformações congênitas e anomalias congênitas são termos usados para descrever defeitos do desenvolvimento presentes na ocasião do nascimento. As malformações podem ser estruturais, funcionais, metabólicas, comportamentais e/ou hereditárias (**Anexo II**). Registrar a malformação congênita do RN na questão 264.1. Esta questão também será preenchida para os óbitos fetais.

265. Foi submetida a alguma cirurgia durante a internação?

Registrar se RN foi submetido a alguma cirurgia durante internação hospitalar, com exceção de circuncisão. Na questão 265.1, registrar qual foi a cirurgia realizada.

266. Após sala de parto, realizada manobras de ressuscitação neonatal?

Considerar manobras de reanimação/ressuscitação neonatal apenas realizadas depois da saída da sala de parto, por exemplo durante a internação em UTI neonatal ou qualquer outro momento após a saída da sala de parto. Não considerar reanimação em sala de parto.

267. Fez uso de drogas vasoativas (dobutamina, dopamina etc.) e/ou corticoide (exceto para tratamento de hipoglicemia refratária)?

Registrar se RN recebeu alguma droga vasoativa (pode estar registrado DVA) durante a internação em UTI neonatal. São medicações utilizadas em casos graves, que requerem cuidado intensivo. Podem estar registradas na prescrição ou ainda na anotação médica/de enfermagem (“em uso de DVA” ou “em uso de droga vasoativa”). Considerar nesta questão ainda o uso de corticoide que não tenha sido indicado por hipoglicemia refratária (já coberta em questão específica), ou seja, corticoide para qualquer outra indicação.

268. O RN apresentou algum dos diagnósticos a seguir:

Procurar por qualquer um desses diagnósticos no prontuário e marcar “Sim” caso qualquer um deles esteja presente.

Não informar caso seja suspeita, apenas diagnóstico confirmado.

- Síndrome do Desconforto Respiratório: Marcar caso esteja registrado “Desconforto Respiratório”, “Síndrome do Desconforto Respiratório”, “Taquipneia transitória”, “Doença da membrana hialina”.
- Síndrome de aspiração meconial: Marcar caso haja registro de diagnóstico de síndrome de aspiração meconial. Normalmente requer uso de oxigenoterapia.
- Hipertensão pulmonar: Marcar caso haja registro de diagnóstico de hipertensão pulmonar. Normalmente requer uso de oxigenoterapia.
- Convulsão: Marcar caso haja registro de diagnóstico de convulsão do RN após o parto. Normalmente requer sedação e intubação.
- Enterocolite necrotizante: Marcar caso haja registro de diagnóstico de enterocolite necrotizante.

- Toxoplasmose congênita: Registrar caso a mãe tenha sido exposta a toxoplasmose e o RN tenha alguma alteração decorrente dessa condição ou exista registro de presença do microorganismo em amniocentese ou RN tenha sofrido tratamento por causa dessa condição.
- Rubéola congênita: Considerar caso conste registro de diagnóstico de rubéola congênita.
- Herpes neonatal: Considerar caso conste registro de diagnóstico de herpes neonatal.
- Citomegalovírus congênito: Considerar caso conste registro de citomegalovírus congênito ou exista registro de presença do vírus em amniocentese ou RN tenha sofrido tratamento por causa dessa condição.
- Sífilis congênita: Registrar caso o RN tenha diagnóstico e/ou tenha sido tratado para sífilis congênita.
- Criança exposta ao HIV: Registrar caso a mãe tenha resultado positivo para HIV, ou conste registro de indicação de cesariana por infecção pelo HIV, uso de AZT oral e/ou venoso pela gestante, AZT xarope pelo RN, ou suspensão do aleitamento materno por infeção pelo HIV.
- Zika congênita: Considerar caso conste registro de Zika congênita ou exista registro de presença do vírus em amniocentese ou RN tenha sofrido tratamento por causa dessa condição.
- Caso não tenha apresentado o diagnósticos listados, marque “Nenhum dos diagnósticos listados acima durante a internação”.

270. O RN foi exposto ao coronavírus (SARS-COV-2) durante a gestação?

270.1. Foi feito exame para diagnóstico de infecção pelo SARS-COV-2 no recém-nascido?

270.1.1. PCR de naso ou orofaringe

270.1.1.1. Data da coleta

270.1.1.2. Hora da coleta

270.1.2. Sorologia IgM

270.1.2.1. Data da coleta

270.1.2.2. Hora da coleta

270.1.3. Sorologia IgG

270.1.3.1. Data da coleta

270.1.3.2. Hora da coleta

270.1.4. Houve coleta de exame para SRAS-COV-2 em amostras de outros materiais (cordão umbilical, fezes do RN, leite materno)?

270.1.4.1. Qual material?

270.1.4.2. Descrever resultado e data da coleta de cada material analisado

Identificar se há registro de que a gestante tenha apresentado diagnóstico de COVID-19 durante a gestação. Caso haja suspeita apenas de infecção materna, marcar esta opção. Apenas marcar "infecção materna confirmada" se houver menção explícita a confirmação do quadro materno de COVID-19. Caso a resposta seja "Sim" na Q270, informar na Q270.1 se foi feito exame diagnóstico no RN. Caso tenha havido coleta de exame diagnóstico do RN, informar nas questões Q270.1.1 a Q270.1.3 se foi exame de RT-PCR de naso ou orofaringe, sorologia IgG ou IgM, além da data e hora da coleta do referido exame. Adicionalmente, informar se houve coleta de exame de outros materiais relacionados à exposição fetal/neonatal ao SARS-CoV-2 (Q270.1.4, Q270.1.4.1 e Q270.1.4.2). A questão 270 também deverá ser preenchida no caso de óbito fetal.

271. Alguma lesão corpórea devido ao parto?

Registrar por exemplo, lesão de bisturi causada durante cesárea ou episiotomia, bem como fratura e céfalo-hematoma. Esta questão também deverá ser preenchida em caso de óbito fetal.

272. Recebeu Leite Materno na Internação?

Considerar qualquer tipo de recebimento de leite materno durante a internação nesta questão (misto ou exclusivo, aleitamento materno direto, leite materno fornecido por chuquinha, copinho, sonda etc.).

Atenção! Nesses casos, considerar apenas se houver menção específica a leite materno. Não considerar os casos de complementação com leite artificial, por exemplo. Qualquer volume ou quantidade ou frequência de leite materno será considerado como "Sim" nesta questão.

273. Outros alimentos que recebeu durante a internação: Esta questão permite mais de uma opção

Leite artificial também pode ser descrito como "Complemento" ou, ainda, pelo nome comercial do leite (Ex.: Nan, Aptamil, Pregomim, Bebelac, Soylac). Nutrição parenteral (NPT) é descrita normalmente com a quantidade de nutrientes (calorias, proteínas, carboidratos e lipídios) prescritos e indicação da via parenteral como via de acesso do alimento.

274. Tipo de saída do hospital onde ocorreu o nascimento:

Marcar o tipo de saída do RN do hospital, conforme as opções disponíveis. Caso o RN esteja internado ainda no 28º dia de vida, informar "Continua internado aos 28 dias".

275. Data da saída/óbito:

Registrar a data da saída hospitalar do bebê que recebeu alta ou evoluiu para óbito. Este campo não é preenchido para os RN que permaneceram internados ou que foram transferidos para outro hospital.

ATENÇÃO: Para os bebês que foram transferidos, deve-se responder as questões 274.2 e 274.3 e depois prosseguir para questão 274.5 e 274.6.

274.2. Hospital para onde foi transferido (nome - cidade - estado):

274.3. Motivo da transferência:

274.5. Tipo de saída do hospital para onde foi transferido:

274.6. Data da saída/óbito do hospital para onde foi transferido:

Estas questões aparecerão apenas se Q274 estiver registrada como "Transferência para outro hospital". Informar detalhadamente o hospital de transferência. Esta informação é muito importante para o resgate das informações neste hospital e, consequentemente, encerramento da coleta.

274.4. Alimentação na data da saída:

Esta questão aparecerá apenas se Q274 estiver registrada como "Transferência" ou "Alta". Informar o tipo de alimentação registrada no momento da alta. Esta informação poderá ser localizada no resumo de alta ou na última evolução antes da alta.

275. Causas de óbito registradas no prontuário: (transcrever todas as causas de óbito registradas no prontuário)

276. Número da Declaração de óbito

276.1. Transcrever todas as causas listadas na Declaração de óbito

277. Solicitada necrópsia do feto/ RN?

277.1. Laudo de necrópsia no prontuário

Estas questões aparecerão apenas se Q274 estiver registrada como "Óbito". Relatar as causas de óbito do prontuário na Q275, mesmo que sejam divergentes da Declaração de Óbito. As causas registradas na DO serão informadas na Q276.1.

O número da DO será obtido a partir da via rosa da Declaração de Óbito que fica no prontuário do bebê. Caso a via rosa não esteja disponível no prontuário, preencher com 9 até completar todos os campos (sem informação).

Procurar no prontuário referência à solicitação de necropsia ou exame post-mortem do feto/RN. Se houver, registrar "Sim" na Q277. Caso o laudo esteja disponível no prontuário, informar na Q277.1.

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

Informar o peso registrado no momento da alta hospitalar, no óbito, ou caso permaneça internado, o peso aos 28 dias de vida. Se esta informação não estiver disponível, preencher com 9 até completar todos os campos (sem informação). Deve ser encontrado na evolução médica ou da enfermagem. Registrar o último peso registrado desde que não seja aquele do nascimento.

ANEXO I: SIGLAS E ABREVIAÇÕES MAIS COMUNS NA PRÁTICA OBSTÉTRICA

GERAIS

- A ou ab = aborto (ex: G3 P1 A1 – 3 gestações – 1 parto e 1 aborto anterior)
- AFU = altura do fundo uterino (medida em centímetros)
- AU = altura uterina (medida em cm) ou atividade uterina (nº. de contrações/ tempo)
- βHCG = hormônio da gravidez (exame de gravidez)
- BR = bolsa rota (bolsa amniótica)
- CEF = cefálico (cabeça do bebê)
- Ces = cesariana
- CTG = cardiotocografia (exame para avaliar o bem estar do feto)
- C.U. = cicatriz umbilical (referente a altura uterina em especial após o parto)
- Curet = curetagem
- DD = decúbito dorsal
- DLE = decúbito lateral esquerdo
- DHPN = doença hemolítica perinatal (mulher Rh negativa sensibilizada)
- Diag. = diagnóstico
- Dilat. = dilatação do colo uterino
- DIU = dispositivo intra-uterino
- DVHC = doença vascular hipertensiva crônica (hipertensão crônica)
- DHEG = doença hipertensiva especifica da gestação (toxemia ou pré-eclâmpsia)
- DUM = data da última menstruação (usada para calcular tempo de gravidez)
- DPP = data provável do parto
- DPP = descolamento prematuro de placenta
- Ed (Edema) = inchação, frequentemente registrado em ++++
- Esp = espontâneo (aborto)
- Forc. = fórceps (PF = parto à fórceps)
- FU = fundo uterino
- G = gesta (ex: G3 P1 A1 – 3 gestações – 1 parto e 1 aborto anterior)
- HA = hipertensão arterial
- LES = Lupus Eritematoso Sistêmico
- MIS = membros inferiores
- OI = orifício interno do colo uterino
- OE = orifício externo do colo uterino
- P = para (ex: G3 P1 A1 – 3 gestações – 1 parto e 1 aborto anterior)
- PN = parto normal
- PV = parto vaginal
- Prov = provocado (aborto)

- ROT = rotina (exames de rotina)
- TU = tônus uterino (normal ou aumentado)
- VAT = vacinação anti-tetânica
- WC = wintercuretagem (curetagem uterina para restos ovulares – aborto incompleto)

ULTRA-SONOGRAFIA (abreviações utilizadas para resumir laudo do exame)

- Apres. = apresentação do feto, cefálica, pélvica.
- BCF = batimentos cardíacos fetais (freqüência cardíaca do bebê)
- CCN = comprimento cabeça-nádega (medida do comprimento do feto na USG)
- DBP – diâmetro bi-parietal (medida da cabeça do feto na USG)
- Gem. = gemelar
-Ig. ou Id. Gest. = idade gestacional
- LA = liquido amniótico
- LCE = longitudinal cefálico esquerdo (LCD – direito)
- Long = longitudinal
- Normod. = normodramnia (quantidade de líquido amniótico normal)
- Oligod. = oligodramnia (quantidade de líquido amniótico diminuída)
- Polidram. = polidramnia (quantidade de líquido amniótico aumentada)
- PELV = pélvico
- Plac = placenta
- USG = ultra-sonografia

EXAMES DE SANGUE

- CI = coombs indireto (exame de sangue)
- CV = curva glicêmica (diagnóstico de diabetes)
- IgM e IgG para Toxo = exames para txoplasmose
- G = glicemia
- Hto = hematócrito
- Hg = hemoglobina
- Rot. = rotina de exames (ex. Rot de DHEG - para gestante hipertensa, etc...)
- Sorol. = sorologia (para HIV, para rubéola, etc...)
- TOTG = teste oral de tolerância à glicose (pesquisa diabetes gestacional)

EXAMES DE URINA – FEZES

-Antib. = antibiograma (relação de antibióticos para os quais a bactéria é sensível)
- Bact. ou bacter. = bacteriuria (presença de bactérias na urina)
- ITU= infecção do trato urinário

- Leuc. = leucócitos
- Pioc. = piócitos
- POP = parasitológico de fezes
- TIG = teste de gravidez
- TR = teste rápido, geralmente para sífilis e HIV
- URC = urinocultura
- VDRL = exame de sangue para diagnóstico da sífilis
- Ptn 24h = proteinúria de 24hs
- Plaq. = plaquetas (elementos do sangue para coagulação)

ABREVIAÇÕES COMUNS UTILIZADAS EM PRESCRIÇÃO MÉDICA

AP/AMP ..... ampola

Cáp .....cápsula

Ca ..... cálcio

Col ..... colírio

CP/comp ..... comprimido

CR ..... creme

d ..... dia

DG ..... drágeas

ENV ..... envelope

EV ..... endovenoso

FAP ..... frasco ampola

FR ..... frasco

g ..... grama

Gt/gts ..... gotas

h ..... horas

IM ..... intra muscular

IV ..... intra venoso

KCL ..... cloreto de potássio

kg ..... quilograma

L ..... litro

mcg ..... micrograma

mEq ..... miliequivalente

mg..... miligrama

Mg..... magnésio

min. ..... minuto

mL..... mililitro

mMol ..... milimol

NaCL ..... cloreto de sódio

NPT ..... nutrição parenteral total

O.V ..... ordem verbal

seg ..... segundo

S/N ..... se necessário

SC ..... subcutâneo

SF ..... solução fisiológica

SG ..... solução glicosada

SL ..... sublingual

SNE ..... sonda nasoenteral

SNG ..... sonda naso-gástrica

Sol. ..... solução

SP/Sup ..... supositório

SS/Susp ..... suspensão

SY ..... spray

TB ..... tubo

UI ..... unidades internacionais

VD ..... vidro

VO ..... via oral

VR ..... via retal

XP ..... xarope

ANEXO II: MALFORMAÇÕES MAIS COMUNS

Anencefalia

Agenesia renal

Agenesia renal unilateral

Anus imperfurado

Atresia de esôfago

Braquicefalia

Catarata congênita

CIA - comunicação interatrial

CIV - comunicação interventricular

Comunicação atrioventricular

Defeito de válvula de uretra posterior

Espinha Bífida

Fenda labial

Fenda palatina

Gastrosquise

Hermafroditismo

Hérnia diagramática

Hidrocefalia

Hidronefrose

Hipospadia

Hipotireoidismo congênito

Holoprosencefalia

Meningocele

Microcefalia

Microftalmia

Mielomeningocele

Nanismo

Onfalocele

Osteogênese imperfeita

Outras Malformações cardíacas

Outras malformações congênitas

Outras malformações oculares

Pé torto congênito

Polidactilia

Rim ectópico

Rins multicisticos

Sexo indeterminado

Sindactilia

Síndrome da Rubéola Congênita

Síndrome de Arnold-Chiari

Síndrome de Down

Síndrome de Edwards

Síndrome de Turner

Tetralogia de fallot

ANEXO III: MEDICAMENTOS

ANESTÉSICOS

- Bupivacaína (cloridrato de)
- Lidocaína (cloridrato de)
- Prilocaína (cloridrato de)
- Atracúrio (besilato de)
- Pancurônio (brometo de)
- Suxametônio (cloreto de)
- Neostigmina (metilsulfato de)

CORTICÓIDES para maturação pulmonar fetal

- Betametasona – celestone soluspan
- Dexametasona

MEDICAMENTOS ANALGÉSICOS

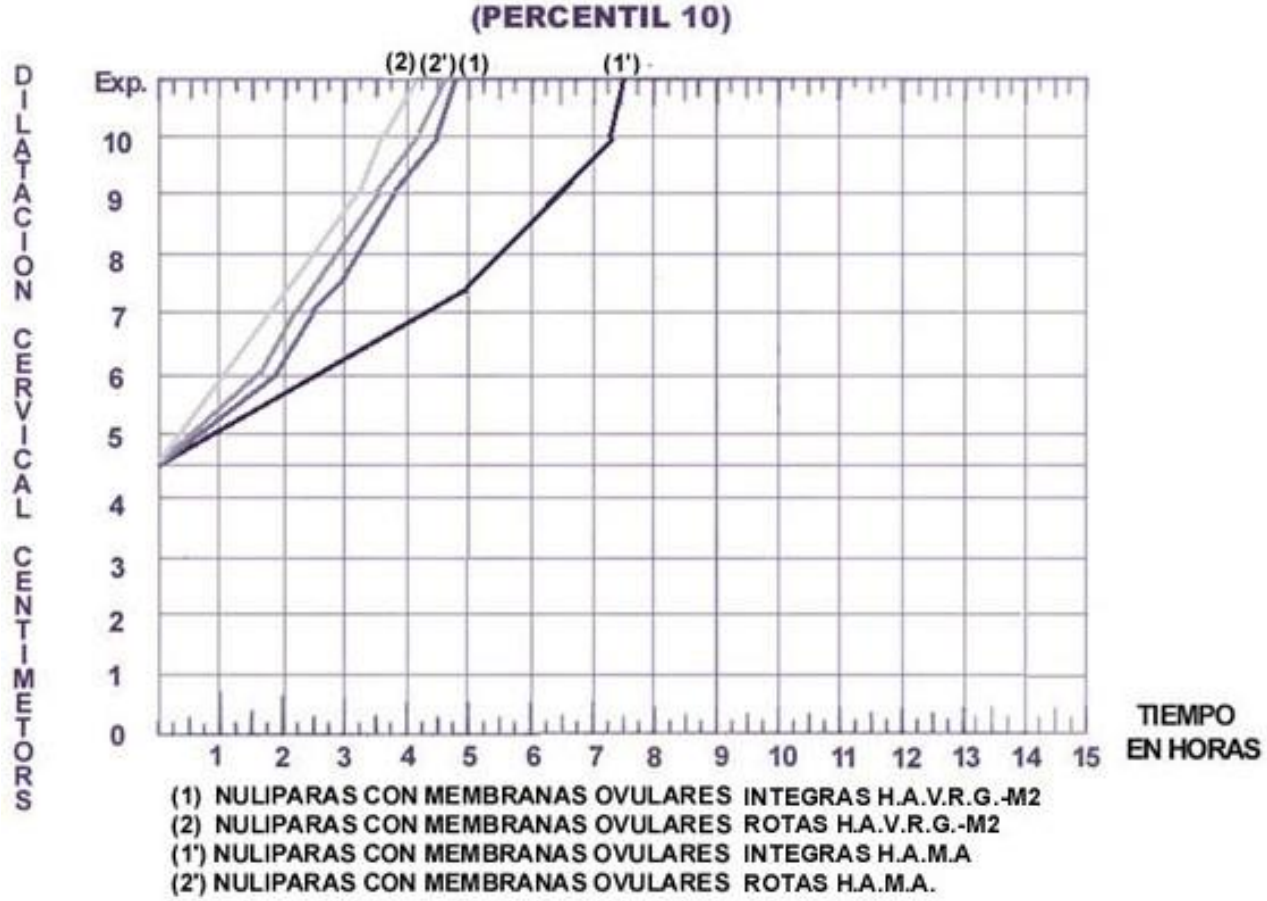
- dipirona sódica – novalgina
- ácido acetilsalicílico – AAS – Aspirina
- Paracetamol – tylenol
- Ibuprofeno
- Codeína (fosfato de)
- Hioscina - Buscopan
- Meperidina – Dolantina
- Morfina (sulfato de)*
- Cloridrato de Naloxona*
- Citrato de Fentanila *

(* mais usados em anestesias)

ANTIBIÓTICOS

- Amoxicilina – Amoxil
- Ampicilina – Amplacilina – Binotal
- Penicilina benzatina – Benzetacil – Longacilin
- benzilpenicilina potássica – penicilina cristalina – cristalpen

- Oxacilina sódica
- Imipenem – Tienam
- Cefalexina – Keflex
- Cefalotina sódica – Keflin
- Cefazolina sódica – Kefazol
- Cefotaxima sódica – Claforam
- Ceftazidima
- Ceftriaxona – Rocefin
- Amicacina
- Gentamicina – garamicina
- Nitrofurantoína – macrodantina
- Sulfadiazina
- Sulfametoxazol+trimetropina – Bactrin
- Azitromicina - Azi
- Claritromicina – Klaricid
- Eritromicina – Eritrex
- Ciprofloxacino – Cipro
- Vancomicina
- Clindamicina – Dalacin
- Doxiciclina – Vibramicina
- Tetraciclina – tetrex
- Cloranfenicol – Quemicetina
- Metronidazol - Flagyl


(PERCENTIL 10)
(2) (2') (1)
(1')
Exp.
DILATACION CERVICAL CENTIMETORS
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
TIEMPO EN HORAS
(1) NULIPARAS CON MEMBRANAS OVULARES INTEGRAS H.A.V.R.G.-M2
(2) NULIPARAS CON MEMBRANAS OVULARES ROTAS H.A.V.R.G.-M2
(1') NULIPARAS CON MEMBRANAS OVULARES INTEGRAS H.A.M.A
(2') NULIPARAS CON MEMBRANAS OVULARES ROTAS H.A.M.A.