

Entrevista Telefonica 2 Meses - 05-12-2022

Unidade hospitalar: [puerp_hosp]

Nome da puérpera: [puerp_bl1_q4]

Código Único: [puerp_record_id]

Telefones de contato:

Telefone Residencial: ([puerp_bl1_q6_1]) - [puerp_bl1_q6]

Telefone celular: ([puerp_bl1_q7_ddd]) - [puerp_bl1_q7]

Telefone celular do companheiro: ([puerp_bl1_q12_ddd]) - [puerp_bl1_q12_1]

Telefone celular de algum familiar: ([puerp_bl1_q13_ddd]) - [puerp_bl1_q13]

Nome do familiar: [puerp_bl1_q13_1]

Dados da internação da mulher:

Motivo da internação: [puerp_tipo]

Tipo de gestação: [puerp_lu_2]

Data do parto ou data da internação por perda fetal precoce: [puerp_lu_1]

Tempo desde o parto/internação por perda fetal
precoce:
(idade do RN na data de hoje)

_____ (dias)

Dados do recém-nascido:

Nome do bebê: [puerp_bl1_q5_1]

Tipo de parto: [puerp_lu_4_1]

Condição do bebê após o parto: [puerp_lu_3_1]

Local do bebê na maternidade: [puerp_lu_6_1]

Dados do segundo gemelar:

Segundo gemelar - Nome do bebê: [puerp_bl1_q5_2]

Segundo gemelar - Tipo de parto: [puerp_lu_4_2]

Segundo gemelar - Condição do bebê após o parto: [puerp_lu_3_2]

Segundo gemelar - Local do bebê na maternidade: [puerp_lu_6_2]

Autorização de contato

Autorizou contato telefônico?

(se todos os telefones acima estiverem em branco, o contato não foi autorizado)

_____ (0-Não; 1- Sim)

Tentativa de contato para esta entrevista (2 meses) foi iniciada?

- Não
 Sim
 Abrir para o preenchimento das duas questões do prontuário

Situação das tentativas de contato

Realizado contato telefônico com a puérpera ou familiar? (marcar "sim" para as recusas)

- Sim
 Em tentativa
 Agendado
 Não (não foi possível após várias tentativas em números e horários diversos)

Quantas tentativas?

(de 1 a 20 tentativas)

Agendamento (dia e hora):

Observações das tentativas ou agendamento:

Motivo de não ter conseguido contato:

- Ninguém atende (>3 ligações feitas em dias e horários diversos)
 Número errado
 Outro motivo

Qual outro motivo de não ter conseguido contato?

Dados do entrevistador

Código do entrevistador:

Nome do entrevistador:

Data da entrevista telefônica:
(Também se refere à data da recusa ou desistência/
perda de seguimento)Tempo pós-parto/perda fetal precoce na data da
entrevista:
(idade do bebê na data desta entrevista)

(dias)

Dados do entrevistador na repescagem

Entrevista de repescagem?

 Não
 Sim

Código do entrevistador na repescagem:

Nome do entrevistador na repescagem:

Quantas tentativas repescagem?

(1 a 20 tentativas)

Início do questionário

Bom dia/Boa tarde/Boa noite, meu nome é [ent_nome_entrev] e faço parte da equipe de pesquisa "Nascer no Brasil 2" da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz - do Ministério da Saúde.

A [puerp_bl1_q4] contribuiu para a nossa pesquisa na(o) [puerp_hosp]. Naquele momento foi informado que entraríamos em contato novamente.

Eu gostaria de falar com a [puerp_bl1_q4], ela está?

Você foi entrevistada por nós, do Nascer no Brasil-Fiocruz, durante sua internação devido a um parto ou uma perda fetal precoce, lembra? Naquele momento nos comprometemos a entrar em contato para saber como você está. Você é a [puerp_bl1_q4]?

Não Sim

Você poderia me responder algumas perguntas agora?

Não concordou Concordou (mulher) Outro (familiar)

Horário do início da entrevista:

Motivo da recusa:

- Não quis responder ou desligou na cara depois da apresentação
- Não tem mais interesse em continuar na pesquisa
- Está sem tempo, ocupada ou muito cansada para responder
- Pediu para retornar a ligação (ou agendou e não pôde responder) mais de 3 vezes
- Outro motivo

Qual outro motivo da recusa?

Nome do familiar:

Parentesco do familiar:

- Marido
- Irmão/irmã
- Cunhado/cunhada
- Pai
- Mãe
- Avó
- Avô
- Primo/Prima
- Amigo/Amiga

BLOCO I - AVALIAÇÃO DA MORBIDADE MATERNA PÓS ALTA HOSPITALAR

"As perguntas que iremos fazer se referem a problemas de saúde que você possa ter tido após a alta da(o) [puerp_hosp] onde você foi atendida por causa do seu parto/perda fetal precoce"

0) ([puerp_bl1_q4]) qual sua data de nascimento?

1) Você ([puerp_bl1_q4]) está bem?

- Sim
- Internada
- Não, faleceu

1.a) Qual foi a data do óbito da [puerp_bl1_q4]?

- Respondente não soube informar a data do óbito da puérpera

1.b) Qual foi a causa do óbito da [puerp_bl1_q4]?

- Complicações da hipertensão arterial(inclui eclampsia e síndrome HELLP)
- Sangramento/hemorragia
- Infecção
- Embolia
- COVID-19
- Outra
- Não sabe informar

Qual outra causa?

1.c) Você atualmente está em licença maternidade remunerada?

- Sim
 Não, porque não tenho direito e não estou trabalhando
 Não, porque não tenho direito e estou trabalho
 Não, tenho direito, mas estou trabalhando

1.d) Depois do parto/ perda fetal precoce até o dia de hoje, você sentiu ou tem sentido algum sintoma relacionado à COVID-19?

- Não
 Sim, senti mas não sinto mais
 Sim, ainda sinto

1. d) 1. Qual(is) sintoma(s) você apresentou/apresenta desde que ficou boa da COVID-19? (não ler opções) (pode marcar mais de uma)

- Sensação extrema de cansaço físico, que não se justifica pelas suas atividades diárias atuais
 Falta de ar
 Dores nas juntas
 Dor no tórax
 Tosse
 Falta de olfato (não sente o cheiro das coisas)
 Boca e olhos secos
 Rinite muito frequente
 Olhos vermelhos
 Falta de paladar (não sente o gosto das comidas)
 Expectoração (tosse com catarro)
 Falta de apetite
 Dor de garganta
 Tonturas
 Dores nos músculos
 Diarreia
 Outros

1.d) 2. Esses sintomas levaram você a procurar assistência médica?

- Não
 Sim

1.d) 3. Em geral, em que grau esses sintomas limitam/limitaram as suas atividades habituais (como trabalhar, estudar, realizar afazeres domésticos, etc)? (Considere uma escala de 1 a 5, em que 1 é "não limitam/limitaram" e 5 é "limitam/limitaram muito intensamente")

- Não limitam
 Limitam Um pouco
 Limitam moderadamente
 Limitam Intensamente
 Limitam muito intensamente

2. Depois da (sua) alta da(o) [puerp_hosp], foi iniciado tratamento com antibiótico?

- Não
 Sim
 Recebeu alta em uso de antibiótico
 Não sabe informar

2.a) Por que você precisou usar antibiótico?

- Infecção na ferida operatória
 Mastite (infecção na mama)
 Infecção na episiotomia
 Infecção urinária
 Endometrite (infecção no útero)
 Outro tipo de infecção
 Não sabe informar

Qual?

3. Depois da (sua) alta onde ocorreu o atendimento ao parto/perda fetal precoce, você foi reinternada?

- Não
 Sim
 Não sabe informar

3.a) Em que hospital você se reinternou? O mesmo onde ocorreu o atendimento ao parto/perda fetal
 Em outro hospital
 Não sabe informar

Qual? _____

3.b) Qual foi a data dessa reinternação? _____

3.c) Quantos dias durou essa reinternação? (1 a 50 dias ou mais)

3.d) Qual foi o motivo dessa nova internação? Sangramento
 Infecção
 Embolia
 Pressão alta
 COVID-19
 Outro
 Não sabe informar

Qual? _____

3.e) Durante essa nova internação você foi operada? Sim
 Não
 Não sabe informar

3.f) Você precisou retirar o útero? Sim
 Não
 Não sabe informar

3.g) Nessa nova internação você recebeu transfusão de sangue? Sim
 Não
 Não sabe informar

3.h) Nessa nova internação, você foi internada na UTI? Sim
 Não
 Não sabe informar

3.i) Você precisou de aparelhos para respirar durante essa internação? Sim
 Não
 Não sabe informar

3.j) Você precisou ser transferida para outro hospital por causa da gravidade do seu quadro? Sim
 Não
 Não sabe informar

BLOCO II - UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE AMBULATORIAIS**"Agora faremos algumas perguntas sobre a utilização de serviços de saúde nos primeiros dias após a alta da(o) [puerp_hosp]."**

- 82.1 Na entrevista da maternidade uma pergunta ficou sem resposta e irei perguntar agora. Quando você ainda estava grávida, você foi orientada durante o pré-natal sobre qual hospital procurar para ter o parto?
- Não
 Sim
 passou do tempo de ser resgatada na entrevista de 2m
 Não sabe informar
-
4. Você foi orientada a comparecer a um serviço de saúde para realizar a consulta de revisão num período de 7 a 10 dias após a alta da maternidade/hospital onde você foi internada para o parto/perda fetal precoce?
- Sim
 Não
 Não sabe informar
-
5. Você procurou algum serviço de saúde para a consulta de revisão após a alta da maternidade/hospital onde você foi internada para o parto/perda fetal precoce?
- Sim
 Não
 Não sabe informar
-
- 5.a) Você conseguiu ser atendida?
- Sim
 Não
 Não sabe informar
-
- 5.b) Quando foi feito esse atendimento?
- Nos primeiros 10 dias após parto/aborto
 Entre 11 e 42 dias após o parto/aborto
 Após 42 dias
 Não sabe informar
-
- 5.c) O serviço onde foi feito esse atendimento era público ou privado?
- Serviço público
 Serviço privado
 Não sabe informar
-
- 5.d) Qual era o tipo de serviço de saúde onde foi realizado esse atendimento? (ler as opções)
- Clínica Saúde da Família
 Centro ou Posto de Saúde
 Casa de parto/centro de parto peri-hospitalar
 Ambulatório de Hospital Público
 Ambulatório de Hospital Privado
 Consultório particular
 Outro
-
- Qual?
- _____
-
- 5.e) Foi no mesmo serviço onde você realizou o acompanhamento pré-natal?
- Sim
 Não
 Não realizou pré-natal
 Não sabe informar
-
- 5.f) Nesse atendimento você recebeu orientações sobre aleitamento materno?
- Sim
 Não
 Não sabe informar
-
- 5.g) Nesse atendimento, você recebeu alguma orientação sobre como evitar uma nova gravidez?
- Sim
 Não
 Não sabe informar

6. Atualmente, você está usando método contraceptivo para evitar uma gravidez?

- Sim
 Não
 Não sabe informar

6.a) Por que não está usando?

- Tem relações sexuais pouco frequentes
 Está amamentando
 Ainda não menstruou depois da alta da maternidade/hospital
 Não tem companheiro
 Não conhece nenhum método
 Não sabe onde obter métodos
 Tem medo de efeitos colaterais
 Por razões de saúde
 Faltou método na unidade
 Desconfortável usar métodos
 Interfere nas funções normais do organismo
 Método muito caro
 É contra o uso de métodos
 Parceiro é contra uso de métodos
 Religião não permite
 Outro motivo
 Não quis responder

Qual?

6.b) Qual método está usando?

- Pílula
 Injeção
 Preservativo feminino
 Preservativo masculino
 Diafragma
 DIU
 Tabela
 Coito interrompido
 Aleitamento exclusivo
 Ligadura tubária
 Parceiro vasectomizado
 Outros

Qual?

6.c) Na maternidade/hospital onde você teve [puerp_bl1_q5_1], foi oferecido a colocação de DIU (Dispositivo intra-uterino)?

- Não
 Sim, e não aceitou
 Sim, e aceitou
 Não lembra/Não sabe informar

Por que não quis colocar o DIU?

Dados do Companheiro

Situação conjugal: [puerp_bl2_q11]

telefone celular do seu companheiro: ([puerp_bl1_q12_ddd])- [puerp_bl1_q12_1]

6.d) Você poderia me confirmar o telefone do seu companheiro?

Telefone celular: _____ - _____

Ex.: 21 - 987654321

Não tem/Não sabe/ Não quer informar o telefone celular do companheiro

6.e) Você conhece as mídias sociais do nascer no Brasil 2?

- não
 sim, facebook
 sim, instagram
 ambas

6.f) Você está curtindo/ faz parte de alguma dessas mídias sociais ?

- não
 sim, facebook
 sim, instagram
 ambas

BLOCO III - AVALIAÇÃO DO BEBÊ

"Agora iremos fazer algumas perguntas sobre a saúde do(a) [puerp_bl1_q5_1] desde o nascimento até hoje."

7. O(a) [puerp_bl1_q5_1] está bem?

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

7.a) Quando o [puerp_bl1_q5_1] faleceu?

Respondente não soube informar a data de óbito do bebê

7.b) Qual foi a causa da morte?

- Problemas por ser prematuro
 Problema na respiração
 Problema no coração
 Infecção
 Mal formação congênita
 Diarreia/Desidratação
 Problema no sangue
 COVID-19
 Outra causa
 Não sabe informar

Qual?

Encerrar a entrevista

8. Depois da alta onde ocorreu o parto, o(a) [puerp_bl1_q5_1] precisou ser reinternado(a)?

- Sim
 Não
 Não sabe informar

8.a) Em que hospital o(a) [puerp_bl1_q5_1] foi reinternado(a)?

- O mesmo onde nasceu
 Em outro hospital
 Não sabe informar

Qual?

8.b) Qual foi a data dessa reinternação?

Não sabe informar a data da reinternação

8.c) Quantos dias durou essa reinternação?

(1 a 50 dias ou mais)

8.d) Qual foi o motivo dessa reinternação?

- Para fazer fototerapia
- Pouco ganho de peso
- Desidratação
- Infecção
- Problema respiratório
- COVID-19
- Outros
- Não sabe informar

Qual?

8.e) Nessa nova internação, o(a) [puerp_bl1_q5_1] foi internado em UTI?

- Sim
- Não
- Não sabe informar

"Agora vou fazer algumas perguntas sobre amamentação."

177.3 Você teve apoio para amamentar no hospital, durante a internação para o parto? (resposta livre)

- Sim, me senti apoiada
- Me senti parcialmente apoiada
- Não me senti apoiada

9. O(a) [puerp_bl1_q5_1] saiu da maternidade/hospital onde ocorreu o parto mamando só no peito?

- Sim
- Não
- Não sabe informar

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

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

Qual?

9.b) Você teve dificuldades para amamentar o seu bebê depois que saiu da maternidade/hospital onde foi internada para o parto?

- Sim
- Não

9.c) Quais foram as principais dificuldades em amamentar o seu bebê depois que você saiu da maternidade/hospital onde foi internada para o parto?

- Fissuras/rachaduras
- Dor
- Mastite
- Pega errada
- Bebê não ganhava peso/Não tinha leite suficiente
- Candidíase
- Cirurgia prévia na mama
- Outras

Qual?

9.d) Você recebeu alguma ajuda para lidar com essas dificuldades?

- Sim
- Não

9.e) Quem lhe ajudou? (ler opções)

- Profissionais de saúde
- Banco de leite
- Doula
- Familiares e amigos próximos
- Companheiro
- Outros

9.f) Você se sente apoiada para amamentar o seu bebê?

- Sim
- Não

9.g) Quem são as pessoas que mais te dão apoio para amamentar o seu bebê? (pode marcar mais de uma opção)

- Pai do bebê
- Mãe
- Outros familiares
- Amigas
- Pediatra
- Outros profissionais de saúde
- Banco de leite
- Grupo de amamentação
- Outros

Qual?

10. De ontem de manhã até hoje de manhã, o(a) [puerp_bl1_q5_1] mamou no peito?

- Sim
- Não

11. De ontem de manhã até hoje de manhã, o(a) [puerp_bl1_q5_1] tomou outro leite?

- Sim
- Não

12. De ontem de manhã até hoje de manhã, o(a) [puerp_bl1_q5_1] tomou água, chá ou suco?

- Sim
- Não

13. De ontem de manhã até hoje de manhã, o(a) [puerp_bl1_q5_1] comeu algum outro alimento?

- Sim
- Não

"Agora vou fazer algumas perguntas sobre o atendimento do bebê nos serviços de saúde após a saída da maternidade/hospital onde ocorreu o parto."

14. Você foi orientada a comparecer a um serviço de saúde para realizar a consulta de puericultura na 1ª semana de vida de seu bebê?

- Sim
 Não

15. Você já levou o(a) [puerp_bl1_q5_1] para a consulta de rotina de acompanhamento (sem contar consulta de urgência)?

- Não
 Sim

16. Você conseguiu que ele(a) fosse atendido(a)?

- Não
 Sim

17. Quando foi realizada a primeira consulta de rotina de acompanhamento?

- Na 1ª semana de vida
 Na 2ª semana de vida
 Na 3ª semana de vida
 Na 4ª semana de vida
 Com mais de 1 mês
 Não sabe informar

18. O serviço onde foi feito esse atendimento era público ou privado?

- Serviço público
 Serviço privado
 Não sabe informar

19. Qual era o tipo de serviço de saúde onde foi realizado esse atendimento? (ler as opções)

- Clínica Saúde da Família
 Centro ou Posto de Saúde
 Casa de parto/centro de parto peri-hospitalar
 Ambulatório de Hospital Público
 Ambulatório de Hospital Privado
 Consultório particular
 Outro

Qual?

20. O(a) [puerp_bl1_q5_1] já foi vacinado com a BCG (aquela aplicada no braço)?

- Não
 Sim
 Não sabe informar

20.a) Em que serviço o(a) [puerp_bl1_q5_1] foi vacinado com a BCG?

- Na maternidade/hospital onde nasceu ainda durante a internação
 No posto de saúde/consultório/clínica de vacina
 Não sabe informar

21. O(a) [puerp_bl1_q5_1] já recebeu a vacina contra a hepatite B (aplicada na coxa)?

- Não
 Sim
 Não sabe informar

21.a) Em que serviço o(a) [puerp_bl1_q5_1] foi vacinado com a hepatite B?

- Na maternidade/hospital onde nasceu ainda durante a internação
 No posto de saúde/consultório/clínica de vacina
 Não sabe informar

22. O(a) [puerp_bl1_q5_1] já fez o teste do pezinho?

- Não
 Sim
 Não sabe informar

-
- 22.a) Quando foi feito o teste do pezinho?
- Na 1ª semana de vida
 - Na 2ª semana de vida
 - Na 3ª semana de vida
 - Na 4ª semana de vida
 - Com mais de 1 mês
 - Não sabe informar
-
- 22.b) Em que serviço foi colhido o teste do pezinho?
- Na maternidade/hospital onde nasceu ainda durante a internação
 - No posto de saúde/consultório/laboratório privado
 - Não sabe informar
-
- 22.c) Você já recebeu o resultado do teste do pezinho?
- Não
 - Sim
 - Não sabe informar
-
- 22.d) Quando recebeu?
- Na 1ª semana de vida
 - Na 2ª semana de vida
 - Na 3ª semana de vida
 - Na 4ª semana de vida
 - Com mais de 1 mês
 - Não sabe informar
-
23. O(a) [puerp_bl1_q5_1] fez o teste da orelhinha?
- Não
 - Sim
 - Não sabe informar
-
- 23.a) Quando fez esse exame?
- Na 1ª semana de vida
 - Na 2ª semana de vida
 - Na 3ª semana de vida
 - Na 4ª semana de vida
 - Com mais de 1 mês
 - Não sabe informar
-
- 23.b) Em que serviço o(a) [puerp_bl1_q5_1] fez o teste da orelhinha?
- Na maternidade/hospital onde nasceu ainda durante a internação
 - No posto de saúde/consultório/laboratório privado
 - Não sabe informar

BLOCO III - AVALIAÇÃO DO BEBÊ 2

"Agora iremos fazer algumas perguntas sobre a saúde do(a) [puerp_bl1_q5_2] desde o nascimento até hoje."

SEGUNDO GEMELAR

-
7. O(a) [puerp_bl1_q5_2] está bem?
- Sim (ou qualquer outra resposta diferente das abaixo)
 - Não, faleceu
 - Não sei, pois está morando com outra pessoa
-
- 7.a) Quando o [puerp_bl1_q5_2] faleceu?
-

Respondente não soube informar a data de óbito do bebê

7.b) Qual foi a causa da morte?

- Problemas por ser prematuro
 Problema na respiração
 Problema no coração
 Infecção
 Mal formação congênita
 Diarreia/Desidratação
 Problema no sangue
 COVID-19
 Outra causa
 Não sabe informar

Qual?

Encerrar a entrevista

8. Depois da alta onde ocorreu o parto, o(a) [puerp_bl1_q5_2] precisou ser reinternado(a)?

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

8.a) Em que hospital o(a) [puerp_bl1_q5_2] foi reinternado(a)?

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

Qual?

8.b) Qual foi a data dessa reinternação?

Não sabe informar a data da reinternação

8.c) Quantos dias durou essa reinternação?
No caso de não saber ou não lembrar o número de dias, digitar '-1'

(0 a 50 dias ou mais)

8.d) Qual foi o motivo dessa internação?

- Para fazer fototerapia
 Pouco ganho de peso
 Desidratação
 Infecção
 Problema respiratório
 COVID-19
 Outros
 Não sabe informar

Qual?

8.e) Nessa nova internação o(a) [puerp_bl1_q5_2] foi internado em UTI?

- Sim
 Não
 Não sabe informar

"Agora vou fazer algumas perguntas sobre amamentação"

9. O(a) [puerp_bl1_q5_2] saiu da maternidade/hospital onde ocorreu o parto mamando só no peito?

- Sim
 Não
 Não sabe informar

9.a) Por que não estava mamando só no peito?

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

Qual?

9.b) Você teve dificuldades para amamentar o seu bebê depois que saiu da maternidade/hospital onde foi internada para o parto?

- Sim
 Não

9.c) Quais foram as principais dificuldades em amamentar o seu bebê depois que você saiu da maternidade/hospital onde foi internada para o parto?

- Fissuras/rachaduras
 Dor
 Mastite
 Pega errada
 Bebê não ganhava peso/Não tinha leite suficiente
 Candidíase
 Cirurgia prévia na mama
 Outras

Qual?

9.d) Você recebeu alguma ajuda para lidar com essas dificuldades?

- Sim
 Não

9.e) Quem lhe ajudou? (ler opções)

- Profissionais de saúde
 Banco de leite
 Doula
 Familiares e amigos próximos
 Companheiro
 Outros

9.f) Você se sente apoiada para amamentar o seu bebê?

- Sim
 Não

9.g) Quem são as pessoas que mais te dão apoio para amamentar o seu bebê? (pode marcar mais de uma opção)

- Pai do bebê
 Mãe
 Outros familiares
 Amigas
 Pediatra
 Outros profissionais de saúde
 Banco de leite
 Grupo de amamentação
 Outros

Qual?

10. De ontem de manhã até hoje de manhã, o(a) [puerp_bl1_q5_2] mamou no peito? Sim
 Não

11. De ontem de manhã até hoje de manhã, o(a) [puerp_bl1_q5_2] tomou outro leite? Sim
 Não

12. De ontem de manhã até hoje de manhã, o(a) [puerp_bl1_q5_2] tomou água, chá ou suco? Sim
 Não

13. De ontem de manhã até hoje de manhã, o(a) [puerp_bl1_q5_2] comeu algum outro alimento? Sim
 Não

13.a) Qual?

"Agora vou fazer algumas perguntas sobre o atendimento do bebê nos serviços de saúde após a saída da maternidade/hospital onde ocorreu o parto."

14. Você foi orientada a comparecer a um serviço de saúde para realizar a consulta de puericultura na 1ª semana de vida de seu bebê? Sim
 Não

15. Você já levou o(a) [puerp_bl1_q5_2] para a consulta de rotina de acompanhamento (sem contar consulta de urgência)? Não
 Sim

16. Você conseguiu que ele(a) fosse atendido(a)? Não
 Sim

17. Quando foi realizada a primeira consulta de rotina de acompanhamento? Na 1ª semana de vida
 Na 2ª semana de vida
 Na 3ª semana de vida
 Na 4ª semana de vida
 Com mais de 1 mês
 Não sabe informar

18. O serviço onde foi feito esse atendimento era público ou privado? Serviço público
 Serviço privado
 Não sabe informar

19. Qual era o tipo de serviço de saúde onde foi realizado esse atendimento? (ler as opções) Clínica Saúde da Família
 Centro ou Posto de Saúde
 Casa de parto/centro de parto peri-hospitalar
 Ambulatório de Hospital Público
 Ambulatório de Hospital Privado
 Consultório particular
 Outro

Qual?

20. O(a) [puerp_bl1_q5_2] já foi vacinado com a BCG (aquela aplicada no braço)? Não
 Sim
 Não sabe informar

-
- 20.a) Em que serviço o(a) [puerp_bl1_q5_2] foi vacinado com a BCG?
- Na maternidade/hospital onde nasceu ainda durante a internação
- No posto de saúde/consultório/clínica de vacina
- Não sabe informar
-
21. O(a) [puerp_bl1_q5_2] já recebeu a vacina contra a hepatite B (aplicada na coxa)?
- Não
- Sim
- Não sabe informar
-
- 21.a) Em que serviço o(a) [puerp_bl1_q5_2] foi vacinado com a hepatite B?
- Na maternidade/hospital onde nasceu ainda durante a internação
- No posto de saúde/consultório/clínica de vacina
- Não sabe informar
-
22. O(a) [puerp_bl1_q5_2] já fez o teste do pezinho?
- Não
- Sim
- Não sabe informar
-
- 22.a) Quando foi feito o teste do pezinho?
- Na 1ª semana de vida
- Na 2ª semana de vida
- Na 3ª semana de vida
- Na 4ª semana de vida
- Com mais de 1 mês
- Não sabe informar
-
- 22.b) Em que serviço foi colhido o teste do pezinho?
- Na maternidade/hospital onde nasceu ainda durante a internação
- No posto de saúde/consultório/laboratório privado
- Não sabe informar
-
- 22.c) Você já recebeu o resultado do teste do pezinho?
- Não
- Sim
- Não sabe informar
-
- 22.d) Quando recebeu?
- Na 1ª semana de vida
- Na 2ª semana de vida
- Na 3ª semana de vida
- Na 4ª semana de vida
- Com mais de 1 mês
- Não sabe informar
-
23. O(a) [puerp_bl1_q5_2] fez o teste da orelhinha?
- Não
- Sim
- Não sabe informar
-
- 23.a) Quando fez esse exame?
- Na 1ª semana de vida
- Na 2ª semana de vida
- Na 3ª semana de vida
- Na 4ª semana de vida
- Com mais de 1 mês
- Não sabe informar
-
- 23.b) Em que serviço o(a) [puerp_bl1_q5_2] fez o teste da orelhinha?
- Na maternidade/hospital onde nasceu ainda durante a internação
- No posto de saúde/consultório/laboratório privado
- Não sabe informar

BLOCO IV - SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO AO ABORTAMENTO**"Agora vamos fazer algumas perguntas sobre o atendimento que você recebeu ainda na maternidade/hospital"**

24. No momento da sua alta da(o) [puerp_hosp], alguém explicou os cuidados que você deveria ter após sair da maternidade/hospital?

- Não
 Sim
 Não lembra

25. Alguém explicou que você podia imediatamente ficar grávida de novo?

- Não
 Sim
 Não lembra

26. Foi marcado algum retorno ou alguma consulta de revisão pós sua alta?

- Não
 Sim
 Não lembra

27. Deram a você alguma informação sobre planejamento familiar?

- Não
 Sim
 Não lembra

28. Falaram para você onde poderia conseguir contraceptivos?

- Não
 Sim
 Não lembra

"Agora vou fazer algumas perguntas para saber suas impressões gerais sobre o atendimento."

29. A troca de roupa de cama foi: (Resposta estimulada)

- Insuficiente
 Suficiente
 Não tinha roupa de cama
 Não sabe

30. Você considera a limpeza das enfermarias e outros ambientes da maternidade/hospital, incluindo os banheiros, como: (Resposta estimulada)

- Excelente
 Regular
 Ruim
 Péssima
 Não sabe

31. Durante a sua internação, algum profissional de saúde mediu a sua pressão antes e depois de realizar o procedimento de AMIU ou curetagem? (Resposta estimulada)

- Não mediu
 Sim
 Mediu apenas antes ou apenas depois
 Não lembra
 Não realizou AMIU ou Curetagem

32. Durante a sua internação, algum profissional de saúde tirou (ou mediu) a sua temperatura antes e depois de realizar o procedimento de AMIU ou curetagem? (Resposta estimulada)

- Não mediu
 Sim
 Mediu apenas antes ou apenas depois
 Não lembra
 Não realizou AMIU ou Curetagem

33. Durante a sua internação, algum profissional de saúde avaliou a quantidade de seu sangramento antes e depois de realizar o procedimento de AMIU ou curetagem? (Resposta estimulada)

- Não mediu
 Sim
 Mediu apenas antes ou apenas depois
 Não lembra
 Não realizou AMIU ou Curetagem

34. Você acha que algum profissional de saúde desta maternidade/hospital - médico/a, enfermeira/o ou outro - atendeu você pior do que às outras pacientes?

- Não
 Sim
 Não sabe

35. Porque você acha que isto aconteceu?

- Pela sua idade (por ser muito jovem ou mais velha)
 Pela sua cor da pele ou sua raça
 Pela sua condição econômica
 Pela sua instrução
 Pela sua religião ou culto
 Por ser mulher
 Por acharem que o aborto foi provocado
 Outro motivo

35.1. Qual?

36. Você internaria novamente nesta maternidade/hospital caso precisasse?

- Não
 Sim
 Não sabe

37. Você indicaria esta maternidade/hospital para alguém na mesma condição que você?

- Não
 Sim
 Não sabe

BLOCO V - Escala de Transtorno de estresse pós traumático (TEPT)

"Esta parte do questionário contém perguntas sobre a sua experiência durante o nascimento do seu último bebê. Ele investiga possíveis eventos traumáticos que ocorreram durante (ou imediatamente após) o trabalho de parto e nascimento de seu bebê, e se você está experimentando sintomas que são relatados por algumas mulheres após o nascimento. Por favor, assinale as respostas que mais se aproximam da sua experiência.

Durante o trabalho de parto, nascimento e imediatamente após:"

"Esta parte do questionário contém perguntas sobre a sua experiência durante o aborto. Ele investiga possíveis eventos traumáticos que ocorreram durante (ou imediatamente após) o aborto, e se você está experimentando sintomas que são relatados por algumas mulheres após o aborto. Por favor, assinale as respostas que mais se aproximam da sua experiência.

Durante o procedimento do aborto e imediatamente após:"

38. Você acreditou que você ou o seu bebê seriam gravemente feridos?

- Não
 Sim

38.a) Você acreditou que você seria gravemente ferida?

- Não
 Sim

39. Você acreditou que você ou seu bebê iriam morrer?

- Não
 Sim

39.a) Você acreditou que você iria morrer?

- Não
 Sim

As próximas questões investigam sintomas que você pode ter experimentado. Por favor, indique com que frequência você experimentou os seguintes sintomas na última semana:

40. Na última semana, com que frequência você teve memórias indesejadas recorrentes sobre o nascimento (ou partes do nascimento) que você não consegue controlar

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

40.a) Na última semana, com que frequência você teve memórias indesejadas recorrentes sobre o aborto (ou partes do aborto) que você não consegue controlar

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

41. Na última semana, com que frequência você teve sonhos ruins ou pesadelos sobre o nascimento (ou relacionados ao nascimento)

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

41.a) Na última semana, com que frequência você teve sonhos ruins ou pesadelos sobre o aborto (ou relacionados ao aborto)

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

42. Na última semana, com que frequência você teve flashbacks do nascimento e/ou sensação de estar revivendo a experiência

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

42.a) Na última semana, com que frequência você teve flashbacks do aborto e/ou sensação de estar revivendo a experiência

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

43. Na última semana, com que frequência você ficou chateada quando se lembra do nascimento

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

43.a) Na última semana, com que frequência você ficou chateada quando se lembra do aborto

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

44. Na última semana, com que frequência você se sentiu tensa ou ansiosa quando se lembra do nascimento

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

44.a) Na última semana, com que frequência você se sentiu tensa ou ansiosa quando se lembra do aborto

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

45. Na última semana, com que frequência você tentou evitar pensar sobre o nascimento

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

45.a) Na última semana, com que frequência você tentou evitar pensar sobre o aborto

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

46. Na última semana, com que frequência você tentou evitar coisas que a lembram do nascimento (por exemplo: pessoas, lugares, programas de TV)

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

46.a) Na última semana, com que frequência você tentou evitar coisas que a lembram do aborto (por exemplo: pessoas, lugares, programas de TV)

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

47. Na última semana, com que frequência você não conseguiu lembrar detalhes do nascimento

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

47.a) Na última semana, com que frequência você não conseguiu lembrar detalhes do aborto

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

48. Na última semana, com que frequência você culpou a si mesma ou a outras pessoas pelo que aconteceu durante o nascimento

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

48.a) Na última semana, com que frequência você culpou a si mesma ou a outras pessoas pelo que aconteceu durante o aborto

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

49. Na última semana, com que frequência você sentiu fortes emoções negativas relacionadas ao nascimento (por exemplo: medo, raiva, vergonha)

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

49.a) Na última semana, com que frequência você sentiu fortes emoções negativas relacionadas ao aborto (por exemplo: medo, raiva, vergonha)

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

Por favor, indique com que frequência, desde o nascimento, os seguintes sintomas começaram ou pioraram?

Por favor, indique com que frequência, desde o aborto, os seguintes sintomas começaram ou pioraram?

50. Na última semana, com que frequência você se sentiu mal consigo mesma ou pensou que algo terrível iria acontecer

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

51. Na última semana, com que frequência você perdeu o interesse em atividades que eram importantes para você

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

52. Na última semana, com que frequência você se sentiu desconectada/distante de outras pessoas

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

53. Na última semana, com que frequência você não conseguiu sentir emoções positivas (por exemplo: felicidade, animação)

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

54. Na última semana, com que frequência você se sentiu irritável ou agressiva

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

55. Na última semana, com que frequência você se sentiu autodestrutiva ou agindo de modo imprudente

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

56. Na última semana, com que frequência você se sentiu tensa e no limite

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

57. Na última semana, com que frequência você se sentiu apreensiva ou facilmente assustada

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

58. Na última semana, com que frequência você teve problemas de concentração

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

59. Na última semana, com que frequência você não dormiu bem por causa de coisas que não têm relação com o padrão de sono do bebê

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

59.a) Na última semana, com que frequência você não dormiu bem, dificuldade para pegar no sono e se manter dormindo.

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

60. Na última semana, com que frequência você se sentiu desconectada/distante ou como se estivesse em um sonho

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

61. Na última semana, com que frequência você sentiu que as coisas estavam distorcidas ou não eram reais

Nunca
 uma vez
 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

Se você tem qualquer um desses sintomas:

-
62. Quando esses sintomas começaram?
- Antes do nascimento
 - Após o nascimento
 - Não se aplica (eu não tenho nenhum desses sintomas)
-
- 62.a) Quando esses sintomas começaram?
- Antes do aborto
 - Após o aborto
 - Não se aplica (eu não tenho nenhum desses sintomas)
-
63. Quanto tempo esses sintomas duraram?
- Menos de 1 mês
 - Entre 1 e 3 meses
 - 3 meses ou mais
 - Não se aplica (eu não tenho nenhum desses sintomas)
-
64. Esses sintomas lhe causam muito sofrimento?
- Não
 - Algumas vezes
 - Sim
 - Não se aplica (eu não tenho nenhum desses sintomas)
-
65. Eles impedem que você faça coisas que normalmente faz (por exemplo: estar com as pessoas, realizar suas atividades diárias)?
- Não
 - Algumas vezes
 - Sim
 - Não se aplica (eu não tenho nenhum desses sintomas)
-
66. Algum desses sintomas poderia estar sendo causado por medicamentos, álcool, drogas ou doença física?
- Não
 - Talvez
 - Sim
 - Não se aplica (eu não tenho nenhum desses sintomas)

BLOCO VI - ESCALA DE VÍNCULO ENTRE MÃE E BEBÊ (PBQ)

"Agora, vou fazer algumas perguntas sobre a sua relação com seu bebê. Não existem respostas "certas" ou "erradas". Escolha a resposta que represente melhor sua experiência atual com o seu bebê."

-
67. Com que frequência você se sente emocionalmente ligada ao seu bebê?
- Nunca
 - Raramente
 - Às vezes
 - Frequentemente
 - Muito frequentemente
 - Sempre
-
68. Com que frequência você gostaria de voltar ao passado, ao tempo em que você ainda não tinha um bebê?
- Nunca
 - Raramente
 - Às vezes
 - Frequentemente
 - Muito frequentemente
 - Sempre

69. Com que frequência você se sente emocionalmente distante do seu bebê?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente
- Sempre

70. Com que frequência você adora ninar o seu bebê?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente
- Sempre

71. Com que frequência você se sente arrependida de ter tido seu bebê?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente
- Sempre

72. Com que frequência você sente que esse bebê não parece ser seu?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente
- Sempre

73. Com que frequência o seu bebê te dá nos nervos?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente
- Sempre

74. Com que frequência o seu bebê te irrita?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente
- Sempre

75. Com que frequência você fica feliz quando seu bebê dá um sorriso ou uma gargalhada?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente
- Sempre

76. Com que frequência você sente que ama o seu bebê?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente
- Sempre

77. Com que frequência você gosta de brincar com o seu bebê?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente
- Sempre

78. Com que frequência o seu bebê chora demais?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente
- Sempre

79. Com que frequência você se sente presa como mãe, não tendo mais tempo e ou liberdade para fazer coisas que fazia quando não tinha o seu bebê?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente
- Sempre

80. Com que frequência você fica com raiva do seu bebê?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente
- Sempre

81. Com que frequência você fica magoada com o seu bebê?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente
- Sempre

82. Com que frequência você acha que seu bebê é o mais lindo do mundo?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente
- Sempre

83. Com que frequência você gostaria que houvesse uma maneira do seu bebê deixar de existir?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente
- Sempre

84. Com que frequência você já fez coisas prejudiciais ao seu bebê?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente
- Sempre

-
85. Com que frequência o seu bebê te deixa ansiosa?
- Nunca
 - Raramente
 - Às vezes
 - Frequentemente
 - Muito frequentemente
 - Sempre
-
86. Com que frequência você sente medo do seu bebê?
- Nunca
 - Raramente
 - Às vezes
 - Frequentemente
 - Muito frequentemente
 - Sempre
-
87. Com que frequência você sente que o seu bebê te incomoda?
- Nunca
 - Raramente
 - Às vezes
 - Frequentemente
 - Muito frequentemente
 - Sempre
-
88. Com que frequência você se sente confiante quando troca fralda, roupas do seu bebê?
- Nunca
 - Raramente
 - Às vezes
 - Frequentemente
 - Muito frequentemente
 - Sempre
-
89. Com que frequência você se sente sem condições emocionais de cuidar do seu bebê e que, por isso, a única solução seria outra pessoa cuidar dele?
- Nunca
 - Raramente
 - Às vezes
 - Frequentemente
 - Muito frequentemente
 - Sempre
-
90. Com que frequência você sente vontade de machucar seu bebê?
- Nunca
 - Raramente
 - Às vezes
 - Frequentemente
 - Muito frequentemente
 - Sempre
-
91. Com que frequência o seu bebê se acalma com facilidade?
- Nunca
 - Raramente
 - Às vezes
 - Frequentemente
 - Muito frequentemente
 - Sempre

BLOCO VII - DEPRESSÃO PÓS-PARTO (EPDS)**"Agora vou fazer algumas perguntas sobre como você tem se sentido nos últimos 7 dias."**

92. Você tem sido capaz de rir e achar graça das coisas?

- Como sempre fez
 Não tanto quanto antes
 Sem dúvida, menos que antes
 De jeito nenhum

93. Você sente prazer quando pensa no que pode acontecer em seu dia-a-dia?

- Como sempre senti
 Talvez menos do que antes
 Com certeza menos
 De jeito nenhum

94. Você tem se culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas?

- Sim, na maioria das vezes
 Sim, algumas vezes
 Não muitas vezes
 Não, nenhuma vez

95. Você tem se sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão?

- Não, de maneira alguma
 Pouquíssimas vezes
 Sim, algumas vezes
 Sim, muitas vezes

96. Você tem se sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo?

- Sim, muitas vezes
 Sim, algumas vezes
 Não muitas vezes
 Não, nenhuma vez

"Nos últimos 7 dias."

97. Você tem se sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do seu dia-a-dia?

- Sim. Na maioria das vezes não consigo lidar bem com eles
 Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
 Não. Na maioria das vezes consigo lidar com eles
 Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

98. Você tem se sentido tão infeliz que tem tido dificuldade de dormir?

- Sim, na maioria das vezes
 Sim, algumas vezes
 Não muitas vezes
 Não, nenhuma vez

99. Você tem se sentido triste ou arrasada?

- Sim, na maioria das vezes
 Sim, muitas vezes
 Não muitas vezes
 Não, de jeito nenhum

100. Você tem se sentido tão infeliz que tem chorado?

- Sim, quase todo o tempo
 Sim, muitas vezes
 De vez em quando
 Não, nenhuma vez

101. A ideia de fazer mal a você mesma passou pela sua cabeça?

- Sim, muitas vezes, ultimamente
 Algumas vezes nos últimos dias
 Pouquíssimas vezes, ultimamente
 Nenhuma vez

102. Quando esses sintomas começaram?

Antes do nascimento
 Nos primeiros 3 meses após o nascimento
 Mais de 3 meses após o nascimento

102.a). Quando esses sintomas começaram?

Antes da perda fetal
 Nos primeiros 3 meses após a perda fetal
 Mais de 3 meses após a perda fetal

103. Quanto tempo esses sintomas duraram?

Menos de 1 mês
 Entre 1 e 3 meses
 3 meses ou mais

BLOCO VIII - Escala de Ansiedade (GAD 7)

"Para finalizar, faremos mais algumas perguntas sobre seu estado de ânimo nas duas últimas semanas. Durante a duas últimas semanas com que frequência você se sentiu incomodada por algum dos problemas que vou citar."

104. Sentir-se nervosa, ansiosa ou muito tensa

Nenhuma vez
 Vários dias
 Mais da metade dos dias
 Quase todos os dias

105. Não ser capaz de impedir ou controlar as preocupações

Nenhuma vez
 Vários dias
 Mais da metade dos dias
 Quase todos os dias

106. Preocupar-se muito com diversas coisas?

Nenhuma vez
 Vários dias
 Mais da metade dos dias
 Quase todos os dias

107. Sentir dificuldade em relaxar

Nenhuma vez
 Vários dias
 Mais da metade dos dias
 Quase todos os dias

108. Ficar tão agitada que se torna difícil permanecer sentada

Nenhuma vez
 Vários dias
 Mais da metade dos dias
 Quase todos os dias

109. Ficar facilmente aborrecida ou irritada

Nenhuma vez
 Vários dias
 Mais da metade dos dias
 Quase todos os dias

110. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer

Nenhuma vez
 Vários dias
 Mais da metade dos dias
 Quase todos os dias

Escore TEPT (somatório dos itens)

Escore PBQ (somatório dos itens)

Escore EPDS (somatório dos itens)

Escore GAD 7 (somatório dos itens)

Bloco IX: Encaminhamento

SE Escore TEPT > 17

SE Escore EPDS >= 10

SE Escore GAD7 >= 10

"As suas respostas nesta entrevista mostraram que você pode estar apresentando sintomas de estresse emocional. Recomendamos que você consulte um profissional de saúde para avaliação mais personalizada. Caso deseje, enviaremos para você uma mensagem com uma lista de locais onde você poderá receber ajuda"

111. Você deseja receber essa mensagem com orientações?

- Não
 Sim

112. Qual a forma que você deseja receber?

- Whatsapp
 Mensagem celular
 E-mail

112. a) Número de celular para whatsapp ou mensagem celular

_____ (Ex.: (21) 98765-4321)

112. b) Endereço de E- mail:

Finalização do questionário

113. Você gostaria de dizer mais alguma coisa?

- Não
 Sim

113.1. O que deseja dizer?

114. Observações do entrevistador:

Chegamos ao final da entrevista e gostaríamos de agradecer a sua participação. Suas informações serão muito importantes para melhorar a qualidade do atendimento às mulheres nas maternidades do Brasil.

Muito obrigada!

Horário do término da entrevista:

Tempo da entrevista telefônica de 2 meses:

(minutos)

Questionário finalizado?

- Não
 Sim

Data da finalização do questionário:

Questionário finalizado na repescagem?

- Não
 Sim

Data da finalização do questionário na repescagem:

Questionário realizado por:

- Entrevista
 Link (Survey)

Data de envio do link:

Data de entrada no link:

Descreva as questões em branco, inconsistências ou pendências deste questionário:

As suas respostas nesta entrevista mostraram que
voce

^
pode estar apresentando sintomas de estresse emocional. Recomendamos que
voce

^
consulte um profissional de
sau

,
de para
avaliac

~
a

o mais personalizada. Caso deseje, clique no arquivo abaixo e você terá uma relação de locais onde poderá receber ajuda.

Não esqueça de clicar em salvar ☐☐