

FI-D

1 Feto / criança

Data de nascimento | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | Ign.

Nome

Nome do entrevistado:

Endereço: _____ Ign. Município: _____ Ign. UF: _____

3 História obstétrica anterior (**excluindo esta gestação**)

```

graph LR
    A[Nº Gestações anteriores] --> B[Nº Abortos]
    A --> C[Nº Partos]
    C --> D[Nº Partos Vaginais]
    C --> E[Nº Partos Cesáreos]
    D --> F[Nº Nascidos Vivos]
    D --> G[Nº Nascidos mortos]
    E --> F
    E --> G
    F --> H[Vivem hoje]
    F --> I[Morreram no primeiro ano de vida]
  
```

3.2 Das crianças que morreram com menos de 1 ano de idade, especificar a **idade** e a **causa** do óbito

|__|__| ☐ Horas ☐ Dias ☐ Meses Causa do óbito

☐ Não, por quê?

7 A mãe fez pré-natal nessa gestação? ☐ Sim ☐ Não, por quê? Ign

7.3 Se iniciou o pré-natal depois de 3 meses, por quê? Ign

7.4 Nome e tipo de estabelecimento onde a mãe fez o pré-natal

Tipo: ☐ SUS ☐ Convênio SUS ☐ Particular ☐ Outro

7.6 Teve dificuldades no pré-natal em relação a: _____ (especifique)

☐ Medicamentos

7.7 Como a mãe (entrevistado) avalia o atendimento no pré-natal? ☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☒ Ign. ☐ Não se aplica

7.8 Copie as informações do **Cartão da Gestante** no quadro abaixo. ☐ Cartão não disponível

	Data	Idade gestacio- nal (semanas)	Peso (kg)	Pressão arterial (mmHg)	Altura do útero (cm)	Batimento car- diofetal (bpm)	Movimentos fetais	Exames de laboratório / Ultrassonografia	Conduta / Prescrição de Medicamentos / Observações
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

8 Nessa gestação a mãe tomou vacina contra o tétano? ☐ Sim, ☐ I ☐ doses ☐ dose de reforço ☐ Não ☐ já estava imunizada ☐ Ign.

9 Grupo sanguíneo da mãe ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O ☐ Ign. Fator Rh ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Ign.

10 Durante a gravidez a mãe apresentou alguns dos seguintes problemas? [Se o(a) entrevistado(a) confirma algum problema, marque o ☐ correspondente, indique em qual trimestre da gestação ocorreu esse problema, e se teve tratamento (especifique qual) ou não (especifique o motivo).]

Problema	Mês de ocorrência	Tratamento?	
<input type="checkbox"/> Ataque/epilepsia/convulsões	<input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ign.
<input type="checkbox"/> Corrimento vaginal c/ mau cheiro	<input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ign.
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ign.
<input type="checkbox"/> Doença do coração	<input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ign.
<input type="checkbox"/> HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ign.
<input type="checkbox"/> Infecção urinária	<input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ign.
<input type="checkbox"/> Pressão alta/pré-eclâmpsia	<input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ign.
<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ign.
<input type="checkbox"/> Algum outro problema	<input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ign.

11 Durante a gravidez a mãe ficou internada? ☐ Sim, responda 11.1 ☐ Não ☐ Ign.

11.1 Local da internação: _____ Motivo: _____ Mês de gestação: ☐ I ☐ II ☐ III
Local da internação: _____ Motivo: _____ Mês de gestação: ☐ I ☐ II ☐ III
Local da internação: _____ Motivo: _____ Mês de gestação: ☐ I ☐ II ☐ III

12 Durante a gestação, a mãe fez uso de cigarros? ☐ Sim ☐ I ☐ II ☐ III por dia? ☐ Não ☐ Ign.

13 Durante a gestação, a mãe fez uso de bebidas alcoólicas? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ign.

14 Durante a gestação, a mãe fez uso de drogas? ☐ Sim, quais? ☐ Não ☐ Ign.

15 Durante a gestação, a mãe teve algum trabalho/ocupação? ☐ Sim, qual? ☐ Não ☐ Ign.

16 Durante a gestação, a mãe vivia com marido/companheiro? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ign.

V. Assistência ao parto

17 Como foi percebido o momento de procurar o hospital para **dar a luz** / para **ser atendida**? ☐ Ign.

- ☐ Perdeu líquido ou a bolsa estourou ☐ I ☐ II ☐ III horas antes da procura pelo atendimento
- ☐ Teve contrações ☐ I ☐ II ☐ III horas antes da procura pelo atendimento
- ☐ Dor de cabeça, dor na nuca ☐ I ☐ II ☐ III dias antes da procura pelo atendimento
- ☐ Teve sangramento ☐ I ☐ II ☐ III horas antes da procura pelo atendimento
- ☐ O bebê parou de se mexer nos últimos dias ☐ I ☐ II ☐ III dias antes do parto
- ☐ Passou o dia de o bebê nascer
- ☐ Outra: _____

18 Quanto tempo antes do parto a bolsa de água rompeu? ☐ Só na hora do parto ☐ Menos que 12 horas ☐ Mais que 12 horas ☐ Ign.

18.1 Qual a cor do líquido da bolsa? ☐ Claro ☐ Escuro ☐ Com sangue ☐ Ign. 18.2 Tinha mau cheiro? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ign.

19 De quanto tempo era a gravidez quando o bebê nasceu? ☐ I ☐ II ☐ III ☐ semanas ☐ meses ☐ Ign.

20 O parto foi: ☐ Normal (Vaginal) ☐ Cesárea ☐ Ign.

21 Quem fez o parto? ☐ Médico ☐ Enfermeira ☐ Parteira ☐ Pariu sozinha ☐ Outro: _____ Ign.

22 Onde ocorreu o parto? ☐ Hospital/Maternidade ☐ Domicílio ☐ Outro: _____ Ign.

(a) Se o parto ocorreu no hospital/maternidade, pergunte de 22.1 a 22.7 :

22.1 Foi no primeiro local procurado? ☐ Sim ☐ Não, por quê? _____ Ign.

Se Não, listar os hospitais procurados: _____

22.2 Foi no local indicado no pré-natal? ☐ Sim ☐ Não, por quê? _____ Ign.

22.3 Como a mãe foi transportada para o local? ☐ SAMU / Ambulância ☐ Outros: _____ Ign.

22.4 Quanto tempo demorou em ser examinada depois que chegou ao hospital? ☐ <30 minutos ☐ de 30 minutos a 2 horas ☐ >2 horas Ign.

22.5 Antes que a mãe ingressasse a sala de parto, a equipe de saúde conferiu: ☐ Pressão arterial ☐ Contrações uterinas ☐ Toque vaginal Ign.

☐ Ausculta do feto ☐ Apresentação do feto ☐ Nenhuma das anteriores ☐ Não aplica

22.6 As batidas do coração do bebê antes de nascer eram: ☐ normais ☐ anormais ☐ ausentes Ign.

22.7 O bebê estava bem quando nasceu? ☐ Sim ☐ Não, por quê? _____ Ign.

22.8 O bebê mamou no peito logo que nasceu? ☐ Sim, na 1ª hora de vida ☐ Sim, após a 1ª hora de vida ☐ Não Ign.

22.9 Como a mãe (entrevistado) avalia o atendimento hospitalar no parto? ☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim Ign.

(b) Se o parto não ocorreu no hospital/maternidade, pergunte de 22.10 a 22.15 :

22.10 Por que o parto não ocorreu no hospital? _____ Ign.

22.11 Indique se, ao nascer, o bebê: ☐ Chorou ☐ Respirou ☐ Mexeu braços e pernas ☐ Teve batimentos do coração Ign.

22.12 Qual a cor da pele do bebê ao nascer? ☐ Rosada ☐ Roxa ☐ Outra: _____ Ign.

22.13 Que instrumento foi usado para cortar o cordão umbilical? ☐ Tesoura ☐ Faca ☐ Outros: _____ Ign.

22.14 O bebê mamou no peito logo que nasceu? ☐ Sim, na 1ª hora de vida ☐ Sim, após a 1ª hora de vida ☐ Não ☐ Não se aplica Ign.

22.15 O bebê foi encaminhado ao hospital após nascer? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica Ign.

Se Sim, a qual hospital? _____

Se Sim, como foi levada ao hospital? ☐ SAMU/Ambulância ☐ Outros: _____

VI. Informações sobre o bebê que nasceu morto

☐ Não se aplica

23 A morte do bebê ocorreu: ☐ Antes do parto ☐ Durante o parto Ign.

24 Foram utilizadas medidas de reanimação (intubação endotraqueal ou massagem cardíaca)? ☐ Sim ☐ Não Ign.

25 Se o parto foi hospitalar, quem atendeu o bebê na sala de parto? ☐ Médico ☐ Outro: _____ ☐ Não se aplica Ign.

VII. Sobre o bebê que nasceu vivo no hospital ou foi levado vivo ao hospital imediatamente após nascimento

☐ Não se aplica

26 O bebê ficou internado após o nascimento? ☐ Sim, responda os subitens. ☐ Morreu imediatamente ☐ Não Ign.

26.1 Por quantos dias? _____ Ign.

26.2 Foi internado na UTIN? ☐ Sim ☐ Não Ign.

26.3 Foi transferido para outro hospital? ☐ Sim, qual? _____ ☐ Não Ign.

26.4 A mãe ou familiar ficou junto com a criança? ☐ Sim ☐ Não Ign.

27 No momento da alta do bebê, a mãe ou responsável recebeu orientações para cuidados com a criança em relação a:

☐ Aleitamento ☐ Cuidados com o umbigo ☐ Primeira consulta ambulatorial do bebê

☐ Observação de icterícia ☐ Teste do pezinho ☐ Vacinas

☐ Procurar consulta especialista, qual: _____ ☐ Não recebeu Ign.

28 Quando saiu do hospital/ maternidade, o bebê estava bem? ☐ Sim ☐ Não, por quê? _____ Ign.

29 Como a mãe (entrevistado) avalia o atendimento hospitalar do bebê? ☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim Ign.

VIII. Informações após alta do hospital/maternidade

☐ Não se aplica

30 Durante quanto tempo a criança mamou no peito? _____ ☐ dias ☐ meses ☐ Não mamou no peito Ign.

31 Com que idade a criança iniciou uso de outros alimentos, incluindo outros leites? _____ ☐ dias ☐ meses ☐ Não se aplica Ign.

32 Em qual serviço de saúde a criança era avaliada? ☐ Estabelecimento do SUS ☐ Convênio SUS ☐ Particular ☐ Não teve acompanhamento

32.1 Nome do estabelecimento: _____

32.1 Se não teve acompanhamento, por quê? _____

33 A criança recebia visita da equipe de saúde em sua casa? ☐ Sim ☐ Não

34 O Cartão da Criança está disponível? ☐ Sim ☐ Não, passe a 35

34.1 Data da última consulta ____/____/____ Idade _____ Peso _____

34.2 Vacinação completa para a idade? ☐ Sim ☐ Não, por quê? _____

35 Antes da doença que causou a morte, a criança foi internada? ☐ Sim ☐ Não

35.1 Se "Sim", indique quantas vezes, os motivos e a idade da criança em cada internação.

IX. Informações sobre a doença que levou à morte

☐ Não se aplica

36 Como a mãe ou a família percebeu que a criança estava doente?

☐ Febre ☐ Cansaço ☐ Tosse ☐ Diarreia ☐ Recusa de alimentos
☐ Vômitos ☐ Acidente ☐ Lesão no corpo ☐ Outros

37 Durante esta doença, teve alguma dificuldade de acesso (especifique):

☐ A Unidade de Saúde? _____
☐ A Emergência hospitalar? _____
☐ A Medicamentos? _____
☐ A Exames complementares? _____

38 Quanto tempo levou entre o início da doença que causou a morte e o primeiro atendimento no serviço de saúde ou médico particular?

____/____/____ ☐ Horas ☐ Dias

39 Na doença da criança, quais serviços de saúde procuraram e quais os motivos? O atendimento da criança foi Ótimo (1), Bom (2), Regular (3), Ruim (4)? (Não sabe=9)

Nome do Estabelecimento/Serviço	Motivo	O atendimento foi:
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____

X. Informações sobre o óbito

40 O óbito ocorreu: ☐ No hospital ☐ No domicílio ☐ Em outro estabelecimento de saúde ☐ Na via pública ☐ Outro: _____

41 "Do que você acha que o feto/recém-nascido/criança morreu?" Anotar um breve relato segundo as palavras do(a) entrevistado(a). A única pergunta permitida é: "Quer acrescentar mais alguma coisa?".

42 "O que você sabe sobre doenças na família da mãe e do pai do natimorto?" Anotar um breve relato sobre antecedentes familiares, problemas congênitos e/ou genéticos e situações de risco no domicílio e no trabalho, nas palavras do(a) entrevistado(a).

XI. Informações complementares

43 Observações e informações complementares ou esclarecimentos do entrevistador.

44 Carimbo e rubrica do investigador:

49 Data da finalização da coleta de dados domiciliares: ____/____/____