



# Ficha de Investigação do óbito fetal

Nº do Caso

## Entrevista domiciliar

\_\_\_\_

1	Nome da mãe											
2	Nº da Declaração de Óbito	3	Data do óbito	____	____	____	____	____	____			
4	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Ignorado	5	Peso ao nascer	____	____	____	gramas		
6	Idade gestacional	____	meses						<input type="checkbox"/> não sabe			
7	Nº do Cartão SUS da mãe	____		8	Equipe / PACS / PSF	____			<input type="checkbox"/> sem cobertura			
9	Centro de Saúde / UBS	____		10	Distrito Sanitário / Administrativo	____						
11	Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av.)							Nº	Compl.			
	Bairro	____	Distrito / Povoado	____	Local	<input type="checkbox"/> urbano	<input type="checkbox"/> rural					
12	Município de residência	____					UF	____	____			
CARACTERÍSTICA DA MÃE E DA FAMÍLIA												
13	Nome do(a) entrevistado(a)											
13.1	Relação com a criança falecida	<input type="checkbox"/> mãe	<input type="checkbox"/> pai	<input type="checkbox"/> outro. Especificar	____							
14	Quantas pessoas moram nesta casa?	____	____	pessoas				<input type="checkbox"/> não sabe				
15	Quantos cômodos são usados para dormir?	____	____	cômodos				<input type="checkbox"/> não sabe				
16	Quantas torneiras para saída de água (pontos de água) existem nesta casa?	____	____	torneiras (pontos de água)				<input type="checkbox"/> não sabe				
17	Há algum fumante residente nesta casa?	<input type="checkbox"/> Sim, quantos	____	<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> não sabe				
18	Qual a idade da mãe?	____	____	anos	19	A mãe tem trabalho remunerado?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe			
20	Qual a escolaridade da mãe (último ano de aprovação)	____	____	série	____	____	____	____	<input type="checkbox"/> não sabe			
21	A mãe vive com o pai da criança / companheiro?				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> não sabe				
22	Qual a cor da pele da mãe da criança?				<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Preta	<input type="checkbox"/> Amarela					
					<input type="checkbox"/> Parda	<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> não sabe					
23	Quantas vezes esteve grávida antes deste bebê?	____	____	vezes				<input type="checkbox"/> não sabe				
23.1	Essas gravidezes resultaram em	____	____	abortos	____	____	____	nascidos vivos	____	____	nascidos mortos	<input type="checkbox"/> não sabe
23.2	Tipo(s) de parto(s)	____	____	partos normais	____	____	____	partos cesáreos				<input type="checkbox"/> não sabe
23.3	Qual a data do último parto?	____	____	____	____	____	____	____	____	____	____	<input type="checkbox"/> não sabe
24	Dos filhos que nasceram vivos, algum morreu?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não se aplica				<input type="checkbox"/> não sabe				
24.1	Que idade tinha e de quê morreu?											
	Idade	____		Causa da morte	____							
	Idade	____		Causa da morte	____							
	Idade	____		Causa da morte	____							

25	Quem cuidava da criança falecida a maior parte do tempo	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> parente adulto
		<input type="checkbox"/> Outra criança	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____	<input type="checkbox"/> não sabe

### GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL

Para o preenchimentos deste bloco de questões, solicite ao(a) entrevistado(a) o cartão da gestante, exames, receitas médicas, etc.

26	A gravidez foi planejada?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não, mas aceitou bem	<input type="checkbox"/> não e nunca aceitou bem	<input type="checkbox"/> não sabe
----	---------------------------	------------------------------	-----------------------------------------------	--------------------------------------------------	-----------------------------------

26.1	Teve acesso à informação e aos métodos contraceptivos?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
------	--------------------------------------------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

27	A gravidez foi	<input type="checkbox"/> única	<input type="checkbox"/> gemelar	<input type="checkbox"/> trigemelar ou mais	<input type="checkbox"/> não sabe
----	----------------	--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------------	-----------------------------------

28	A mãe fez pré-natal?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
----	----------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

28.1	Se não fez pré-natal, por quê não?	_____			<input type="checkbox"/> não sabe
------	------------------------------------	-------	--	--	-----------------------------------

28.2	Iniciou o pré-natal com quantos meses de gestação?	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____ meses	<input type="checkbox"/> não sabe
------	----------------------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

28.3	Se tardio (após primeiro trimestre), por que?	_____			<input type="checkbox"/> não sabe
------	-----------------------------------------------	-------	--	--	-----------------------------------

28.4	Quantas consultas fez no pré-natal?	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> consultas	<input type="checkbox"/> não sabe
------	-------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

28.5	A mãe tomou vacina contra tétano?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
------	-----------------------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

28.6	Quantas doses?	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> doses	<input type="checkbox"/> não sabe
------	----------------	--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

28.7	Local(is) onde fez o pré-natal (Hospital/UBS/Outros)	_____ _____ _____			
------	------------------------------------------------------	-------------------------	--	--	--

28.8	Tipo de consultório	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> não sabe
------	---------------------	------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

28.9	Durante a gravidez, teve alguma dificuldades no pré-natal em relação a:			
<input type="checkbox"/>	Consulta no Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
<input type="checkbox"/>	Pré-natal de alto risco	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
<input type="checkbox"/>	Exames	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
<input type="checkbox"/>	Ultra-som	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
<input type="checkbox"/>	Medicamentos	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe

29	Durante o pré-natal foi indicada a maternidade de referência para o parto?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
----	----------------------------------------------------------------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

29.1	Qual o nome da maternidade indicada?	_____			
------	--------------------------------------	-------	--	--	--

30	Como você (mãe) avalia o atendimento no pré-natal?	<input type="checkbox"/> ótimo	<input type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> ruim	<input type="checkbox"/> não sabe
	Por que?	_____				

31	O cartão de pré-natal está completo?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> cartão/caderneta não disponível	<input type="checkbox"/> não se aplica
Completo(a) significa, no mínimo: 6 consultas, 8 exames laboratoriais, imunização para tétano) de acordo com a idade gestacional					

**31.1** Transcrever para o quadro abaixo o cartão/a caderneta de pré-natal

Data	Idade Gestacional	Peso (Kg)	PA (mmHg)	UF (cm)	BCF	MF	Exames (inclusive US)	Observações/conduita

**32** Durante a gravidez, a mãe apresentou

<input type="checkbox"/> pressão alta	<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> edema/ inchaço importante pela manhã	<input type="checkbox"/> Rh negativo
<input type="checkbox"/> doença do coração	<input type="checkbox"/> sífilis	<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro	<input type="checkbox"/> nenhuma doença/problema
<input type="checkbox"/> infecção urinária	<input type="checkbox"/> HIV / Aids	<input type="checkbox"/> ataque, epilepsia ou convulsões	<input type="checkbox"/> não sabe
<input type="checkbox"/> outro. Especificar _____			

**32.1** Houve tratamento?  sim, qual \_\_\_\_\_  
 não, por que? \_\_\_\_\_  não sabe

**32.2** Em que época da gravidez? no \_\_\_\_\_ mês de gestação ou a partir do \_\_\_\_\_ mês de gestação

**33** Durante a gestação, a mãe fez uso de

<input type="checkbox"/> Cigarro	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	vezes por dia	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
<input type="checkbox"/> Drogas	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
<input type="checkbox"/> Bebidas alcoólicas	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe

**ASSISTÊNCIA AO PARTO**

**34** Por que motivo a gestante procurou atendimento (Centro de Saúde/maternidade) na ocasião do parto?

<input type="checkbox"/> Perdeu líquido ou a bolsa rompeu	<input type="checkbox"/> O bebê parou de se mexer	<input type="checkbox"/> Passou o dia de ter o bebê
<input type="checkbox"/> Teve sangramento	<input type="checkbox"/> Teve contrações	<input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Outro motivo. Especificar _____		

**34.1** Se a resposta anterior foi "o bebê parou de se mexer", isto aconteceu quanto tempo antes do parto? \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ dias  Não sabe

**34.2** Quanto tempo se passou entre o início desses sinais e a procura pelo atendimento? \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ dias  Não sabe

**35** Quando rompeu a bolsa d'água?  Só na hora do parto  < 12 h antes do parto  
 12 – 24 h antes do parto  mais de 24 h antes do parto  Não sabe

**35.1** Como estava o líquido?  Claro  Escuro  Com sangue  Não sabe

**35.2** O líquido tinha mau cheiro?  Sim  Não  não sabe

36	De quanto tempo era a gravidez quando o bebê nasceu?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	semanas	ou	<input type="text"/>	<input type="text"/>	meses	<input type="text"/>	<input type="text"/>	não sabe			
37	O parto ocorreu:	<input type="checkbox"/>	No domicílio	<input type="checkbox"/>	No trajeto para o serviço de saúde	<input type="checkbox"/>	No hospital / maternidade	<input type="checkbox"/>	Outros. Especificar	<input type="text"/>	não sabe			
37.1	Se o parto não ocorreu em hospital, por quê não?													
37.2	O parto foi realizado no hospital indicado no pré-natal?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não foi indicado hospital	<input type="checkbox"/>	não sabe					
37.3	Se foi indicado um hospital de referência, mas o parto não ocorreu no hospital indicado, por quê não?													
<hr/> <hr/> <hr/>														
38	O parto ocorreu na primeira maternidade procurada para esse atendimento?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não, porque o parto não ocorreu em maternidade/hospital	<input type="checkbox"/>	não sabe							
	<input type="checkbox"/>	Não. Por que												
<hr/>														
38.1	Se não, listar em ordem cronológica as maternidades/serviços de saúde procurados por ocasião do parto/nascimento da criança.													
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>														
39	Como a mãe foi transportada na hora do parto?	<input type="checkbox"/>	Taxi	<input type="checkbox"/>	Ambulância/SAMU	<input type="checkbox"/>	Carro particular	<input type="checkbox"/>	Carro da polícia	<input type="checkbox"/>	Ônibus			
	<input type="checkbox"/>	Parto foi domiciliar/Não foi transportada												
	<input type="checkbox"/>	Outros. Especificar												
	<input type="checkbox"/>	não sabe												
40	Depois que chegou no hospital quanto tempo demorou para ser atendida?	<input type="checkbox"/>	menos de 30 minutos		<input type="checkbox"/>	de 30 minutos a duas horas		<input type="checkbox"/>	duas horas ou mais		<input type="checkbox"/>	não sabe		
41	Estava com acompanhante na sala de parto?	<input type="checkbox"/>	sim, quem?					<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	não sabe			
42	Você (mãe) foi examinada na maternidade antes de ir para a sala de parto?	<input type="checkbox"/>	dinâmica uterina/avaliação contração	<input type="checkbox"/>	toque vaginal	<input type="checkbox"/>	Não							
	<input type="checkbox"/>	medida de PA	<input type="checkbox"/>	ausculta do bebê	<input type="checkbox"/>	não se aplica		<input type="checkbox"/>	não sabe					
42.1	As batidas do coração do bebê estavam presentes?													
	<input type="checkbox"/>	sim, normais				<input type="checkbox"/>	não, antes do início do trabalho de parto							
	<input type="checkbox"/>	sim, anormal antes do início do trabalho de parto				<input type="checkbox"/>	não, durante o trabalho de parto							
	<input type="checkbox"/>	sim, anormal durante o trabalho de parto				<input type="checkbox"/>	não sabe							
43	Quem fez o parto?	<input type="checkbox"/>	médico	<input type="checkbox"/>	enfermeira	<input type="checkbox"/>	parteira	<input type="checkbox"/>	pariu sozinha	<input type="checkbox"/>	outro	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	não sabe
44	Como você (mãe) avalia seu atendimento na maternidade até o nascimento do bebê													
	<input type="checkbox"/>	ótimo		<input type="checkbox"/>	regular		<input type="checkbox"/>	não se aplica						
	<input type="checkbox"/>	bom		<input type="checkbox"/>	ruim		<input type="checkbox"/>	não sabe						



51 O que você sabe sobre doenças na família da mãe e do pai da criança?

Anotar um breve relato sobre antecedentes familiares, doenças congênitas e/ou genéticas e situações de risco no trabalho, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A opinião do(a) entrevistador(a) sobre o caso deve ser registrada na Questão 52.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

52 Observações do entrevistador sobre a situação geral da família (aspectos ambientais, psi-sociais, morador de rua, usuário de drogas, outros)

---

---

---

---

---

---

---

53 Repercussões do óbito na família

---

---

---

---

---

---

54 Data da entrevista

55 Responsável pela investigação

Nome

Carimbo e rubrica

---

---