



Ficha de Investigação do óbito fetal

Entrevista domiciliar

Nº do Caso

1	Nome da mãe		
2	Nº da Declaração de Óbito	3	Data do óbito
4	Sexo	4	Peso ao nascer
6	Idade gestacional	5	Equipe / PACS / PSF
7	Nº do Cartão SUS da mãe	8	Centro de Saúde / UBS
9	Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av.)	10	Distrito Sanitário / Administrativo
11	Bairro	11	Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av.)
12	Município de residência	12	Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av.)
CARACTERÍSTICA DA MÃE E DA FAMÍLIA			
13	Nome do(a) entrevistado(a)		
13.1	Relação com a criança falecida		
14	Quantas pessoas moram nesta casa?		
15	Quantos cômodos são usados para dormir?		
16	Quantas torneiras para saída de água (pontos de água) existem nesta casa?		
17	Há algum fumante residente nesta casa?		
18	Qual a idade da mãe?		
19	A mãe tem trabalho remunerado?		
20	Qual a escolaridade da mãe (último ano de aprovação)?		
21	A mãe vive com o pai da criança / companheiro?		
22	Qual a cor da pele da mãe da criança?		
23	Quantas vezes esteve grávida antes deste bebê?		
23.1	Essas gravidezes resultaram em		
23.2	Tipo(s) de parto(s)		
23.3	Qual a data do último parto?		
24	Dos filhos que nasceram vivos, algum morreu?		
24.1	Que idade tinha e de quê morreu?		

25	Quem cuidava da criança falecida a maior parte do tempo	☐ Mãe	☐ Pai	☐ parente adulto
		☐ Outra criança	☐ Outro. Especificar _____	☐ 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?	☐ sim	☐ não, mas aceitou bem	☐ não e nunca aceitou bem
		☐ não sabe		
26.1	Teve acesso à informação e aos métodos contraceptivos?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
27	A gravidez foi	☐ única	☐ gemelar	☐ trígemelar ou mais
		☐ não sabe		
28	A mãe fez pré-natal?	☐ Sim	☐ Não	☐ não sabe
28.1	Se não fez pré-natal, por quê não?	☐ não sabe		
28.2	Iniciou o pré-natal com quantos meses de gestação?	☐ _____	☐ meses	☐ não sabe
28.3	Se tardio (após primeiro trimestre), por que?	☐ não sabe		
28.4	Quantas consultas fêz no pré-natal?	☐ _____	☐ consultas	☐ não sabe
28.5	A mãe tomou vacina contra tétano?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
28.6	Quantas doses?	☐ _____	☐ doses	☐ não sabe
28.7	Local(is) onde fez o pré-natal (Hospital/UBS/Outros)	☐ _____ ☐ _____ ☐ _____		
28.8	Tipo de consultório	☐ SUS	☐ Convênio	☐ Particular
		☐ não sabe		
28.9	Durante a gravidez, teve alguma dificuldades no pré-natal em relação a:			
	☐ Consulta no Centro de Saúde	☐ Sim. Especificar _____	☐ Não	☐ não sabe
	☐ Pré-natal de alto risco	☐ Sim. Especificar _____	☐ Não	☐ não sabe
	☐ Exames	☐ Sim. Especificar _____	☐ Não	☐ não sabe
	☐ Ultra-som	☐ Sim. Especificar _____	☐ Não	☐ não sabe
	☐ Medicamentos	☐ Sim. Especificar _____	☐ Não	☐ não sabe
29	Durante o pré-natal foi indicada a maternidade de referência para o parto?	☐ Sim	☐ Não	☐ não sabe
29.1	Qual o nome da maternidade indicada?	☐ _____		
30	Como você (mãe) avalia o atendimento no pré-natal?			
	☐ ótimo	☐ bom	☐ regular	☐ ruim
	☐ não sabe			
	Por que?	☐ _____		
31	O cartão de pré-natal está completo?			
Completo(a) significa, no mínimo: 6 consultas, 8 exames laboratoriais, imunização para tétano) de acordo com a idade gestacional				
	☐ sim	☐ não	☐ cartão/caderneta não disponível	☐ não se aplica

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

☐ pressão alta	☐ diabetes	☐ edema/ inchaço importante pela manhã	☐ Rh negativo
☐ doença do coração	☐ sífilis	☐ corrimento vaginal com mau cheiro	☐ nenhuma doença/problema
☐ infecção urinária	☐ HIV / Aids	☐ ataque, epilepsia ou convulsões	☐ não sabe
☐ 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

☐ Cigarro	☐ Sim. Especificar _____ vezes por dia	☐ Não	☐ não sabe
☐ Drogas	☐ Sim. Especificar _____	☐ Não	☐ não sabe
☐ Bebidas alcoólicas	☐ Sim. Especificar _____	☐ Não	☐ não sabe

ASSISTÊNCIA AO PARTO

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

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

44.1 Por quê?

INFORMAÇÕES SOBRE O NATIMORTO

45 O bebê manifestou algum sinal de vida quando nasceu? (movimentos, respiração, batimento cardíaco)

☐ Sim. Por quanto tempo? ☐ Não ☐ não sabe

46 Foi tentada reanimação? ☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe

46.1 Qual profissional tentou a reanimação? ☐ Pediatra / neonatologista ☐ Outro. Qual? ☐

47 A morte do bebê ocorreu ☐ Antes do trabalho de parto ☐ Depois do trabalho de parto
☐ Durante o trabalho de parto ☐ Não sabe

48 Qual o peso ao nascer? gramas

49 Prematuro? ☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe

50 Do que você acha que a criança morreu? O que aconteceu durante a doença ou situação que levou à morte?

"Anotar um breve relato da doença ou situação que levou à morte, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A única pergunta permitida é: "Quer acrescentar mais alguma coisa?". A opinião do(a) entrevistador(a) sobre o caso deve ser registrada na Questão 52."

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