



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**ESTUDO DA CONTINUIDADE DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO
PÓS-PLACENTÁRIO EM PUÉRPERAS NO EXTREMO SUL DO BRASIL**

Fabine Santos Karam

Rio Grande, 2026

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**ESTUDO DA CONTINUIDADE DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO
PÓS-PLACENTÁRIO EM PUÉRPERAS NO EXTREMO SUL DO BRASIL**

Fabine Santos Karam

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande, como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Carla Vitola Gonçalves

Rio Grande, 2026

Ficha Catalográfica

K18e Karam, Fabine Santos

Estudo da continuidade do dispositivo intrauterino pós-placentário em puérperas no extremo sul do Brasil. / Fabine Santos Karam- 2026.

77f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Rio Grande/RS, 2026.

Orientadora: Dra. Carla Vitola Gonçalves.

1. Período Pós-Parto. 2. Contracepção. 3. Dispositivo Intrauterino de Cobre
I. Gonçalves, Carla Vitola II. Título.



**Programa de
Pós-Graduação
em Ciências da Saúde**
Fundação Universidade Federal do Rio Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE-FURG
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

ATA DA SESSÃO DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

A banca examinadora, designada pela Portaria nº 57/2026 de nove de janeiro de dois mil e vinte e seis, em sessão presidida e registrada pela orientadora Profa. Dra. Carla Vitola Gonçalves, reuniu-se no dia vinte e seis de Janeiro de dois mil e vinte e seis, às 16 horas, por meio de videoconferência (Link: <https://conferenciaweb.rnp.br/sala/carla-vitola-goncalves-carla>), para avaliar a Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, intitulada: “Estudo da Continuidade do Dispositivo Intrauterino Pós-Placentário em Puérperas no Extremo Sul do Brasil” da mestranda Fabine Santos Karam. Para o início dos trabalhos, a Senhora Presidente procedeu à abertura oficial da sessão, com a apresentação dos membros da banca examinadora. A seguir, prestou esclarecimentos sobre a dinâmica de funcionamento da sessão, concedendo o tempo de até 30 (trinta) minutos para a apresentação da dissertação pelo mestrando, que iniciou às 16 horas e terminou às 16 horas e 30 minutos. Após a apresentação, passou a palavra aos membros da banca examinadora, para que procedessem à arguição e apresentassem suas críticas e sugestões. Ao término dessa etapa de avaliação, de acordo com os membros da banca examinadora, a dissertação de mestrado avaliada foi aprovada.

Rio Grande, 26 de Janeiro de 2026.

Profa. Dra. Carla Vitola Gonçalves (Orientadora – FURG)

Documento assinado digitalmente
gov.br CARLA VITOLA GONCALVES
Data: 26/01/2026 17:35:31-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Márcia Cristina Pereira Maduell (Externo – UCPEL)

Documento assinado digitalmente
gov.br MARCIA CRISTINA PEREIRA MADUELL
Data: 03/02/2026 20:02:28-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Romina Buffarini (Titular - FURG)

Documento assinado digitalmente
gov.br ROMINA BUFFARINI
Data: 03/02/2026 16:51:32-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Daniela Fernandes Ramos Soares (Suplente – FURG)

Documento assinado digitalmente
gov.br FABINE SANTOS KARAM
Data: 03/02/2026 21:03:34-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

CIENTE: Mestranda Fabine Santos Karam

AGRADECIMENTOS

Esta trajetória foi marcada por desafios, aprendizados e crescimento. Nenhum passo seria possível sem o apoio e a presença de pessoas especiais ao longo do caminho.

Agradeço a Deus pela serenidade nas incertezas e força nos dias difíceis.

À minha família, por serem meu alicerce, pelo amor e incentivo constante, e pela compreensão diante das minhas ausências e estresse ao longo desta jornada. E à Maya, minha pequena companheira de quatro patas, presença constante durante os longos períodos de escrita, lembrando-me diariamente da importância das pausas, do carinho e da alegria nas coisas simples.

À minha orientadora, Profa. Dra. Carla Vitola Gonçalves, pela paciência, confiança e generosidade ao compartilhar seus conhecimentos. Agradeço também pelo apoio constante nos momentos difíceis — que não foram poucos — e por acreditar em mim, naqueles momentos em que nem eu mesma acreditei.

À minha amiga Sibebe, minha dupla nesses dois longos anos. Entre desafios, risadas, aprendizados e alguns momentos de desespero acadêmico, seguimos lado a lado. Afinal, o que o Mestre uniu, ninguém separa.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, que sempre estiveram ao meu lado com palavras de apoio e muita paciência nos momentos de estresse — ou até mesmo com um auxílio na tradução, né, Carol... — o meu muito obrigado.

Não posso deixar de agradecer à Edna, dona Jô e às minhas alunas de Iniciação Científica, que tanto me auxiliaram na busca e revisão dos prontuários.

Registro meus sinceros agradecimentos às integrantes da banca examinadora, Prof^ª. Dr^ª. Márcia Cristina Pereira Maduell e Prof^ª. Dr^ª. Romina Buffarini, pela pronta disponibilidade em aceitar o convite e pelas valiosas contribuições a este trabalho.

Por fim, agradeço ao Inquérito Perinatal 2024 e às pacientes que participaram do estudo, cuja contribuição foi essencial para a concretização deste trabalho.

RESUMO

A inserção do dispositivo intrauterino (DIU) no período pós-parto imediato permite que a mulher, ainda em ambiente hospitalar, tenha acesso a um contraceptivo de longa duração, reversível e seguro. Sendo assim, este estudo teve como objetivo avaliar as taxas de continuidade, expulsão, retirada, reinserção e mal posicionamento do DIU pós-placentário (DIU-PP) no exame de ultrassonografia. Trata-se de um estudo transversal censitário, seguido de um acompanhamento prospectivo longitudinal, que incluiu todas as mulheres que colocaram DIU-PP. A primeira fase ocorreu na maternidade, no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2024, e incluiu todas as puérperas com feto maior que 500 g ou 22 semanas de gestação. Na segunda fase, foram incluídas todas as gestantes que inseriram o DIU-PP durante a primeira fase do estudo. A identificação das mulheres que receberam o dispositivo pós-placentário foi realizada por meio da revisão de prontuários médicos físicos e eletrônicos. Nas duas fases foi utilizado um questionário pré-codificado com informações sociodemográficas e obstétricas, bem como dados referentes ao retorno para revisão, continuidade ou expulsão do DIU, retirada, reinserção e as queixas mais frequentes relatadas pelas pacientes na consulta de seguimento. Também foi avaliada a presença do fio do DIU ao exame especular e seu posicionamento em ultrassonografia transvaginal. Os dados foram categorizados, seguido do cálculo das frequências e da análise de associação entre expulsão e mal posicionamento do DIU-PP em relação a via de parto. Das 244 mulheres que inseriram o dispositivo intrauterino no pós-parto imediato, 157 (64,3%) retornaram para revisão. Entre estas, 10 (6,4%) apresentaram expulsão do dispositivo e 40 (25,5%) realizaram retirada, sendo 38 motivadas por mal posicionamento identificado à ultrassonografia e 2 a pedido da paciente. Entre os casos de expulsão do DIU ou retirada por mal posicionamento, mais da metade (27/48; 56,3%) optou pela reinserção do método. A ultrassonografia foi realizada em 91,1% das mulheres, com posicionamento adequado do dispositivo em 73,4% dos exames. A retirada e o mal posicionamento foram significativamente mais frequentes após o parto vaginal. Ao final do acompanhamento, a taxa de continuidade do método foi de 85,4%, considerando-se as recolocações realizadas durante a consulta de revisão. Apesar das elevadas taxas de continuidade e posicionamento correto do DIU-PP, é preciso ampliar a adesão das puérperas às consultas de retorno, ressaltando que, embora o método seja seguro e eficaz, necessita ser revisado com periodicidade.

Palavras-chave: Período Pós-Parto. Contracepção. Dispositivo Intrauterino de Cobre. Ultrassonografia. Estudos Longitudinais.

ABSTRACT

Immediate postpartum intrauterine device (IUD) insertion allows women, while still in the hospital setting, to access a long-acting, reversible, and safe contraceptive method. This study aimed to evaluate continuation, expulsion, removal, reinsertion, and malposition rates of the post-placental intrauterine device (PP-IUD) as assessed by ultrasound examination. This was a census-based cross-sectional study followed by a prospective longitudinal follow-up, including all women who underwent PP-IUD insertion. The first phase took place in the maternity ward between January 1 and December 31, 2024, and included all postpartum women with a fetus weighing more than 500 grams or with a gestational age of at least 22 weeks. In the second phase, all women who had PP-IUD insertion during the study period were followed up. Identification of women who received the post-placental device was performed through review of physical and electronic medical records. In both phases, a pre-coded questionnaire was used to collect sociodemographic and obstetric information, as well as data on return for follow-up, continuation or expulsion of the IUD, removal, reinsertion, and the most frequently reported complaints during follow-up visits. The presence of IUD strings on speculum examination and device positioning on transvaginal ultrasound were also assessed. Data were categorized, frequencies were calculated, and associations between expulsion and malposition of the PP-IUD according to mode of delivery were analyzed. Among the 244 women who underwent immediate postpartum IUD insertion, 157 (64.3%) returned for follow-up. Of these, 10 (6.4%) experienced device expulsion and 40 (25.5%) underwent IUD removal—38 due to malposition detected on ultrasound and 2 at the patient's request. Among expulsion and removal cases, more than half (27/48; 56.3%) chose reinsertion of the device. Ultrasound examination was performed in 91.1% of women, with appropriate device positioning observed in 73.4% of cases. Device removal and malposition were significantly more frequent following vaginal delivery. At the end of follow-up, the method continuation rate was 85.4%, considering reinsertion procedures performed during follow-up visits. Despite the high rates of continuation and correct positioning of

the PP-IUD, greater adherence to postpartum follow-up visits is needed. These findings highlight that, although the method is safe and effective, periodic follow-up is essential.

Keywords: Postpartum Period. Contraception. Copper Intrauterine Device. Ultrasonography. Longitudinal Studies.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO -----	10
2. REVISÃO DA LITERATURA -----	11
2.1. História do DIU -----	14
2.2. Puerpério e Anticoncepção -----	14
2.3. DIU-PP: acompanhamento, continuidade, expulsão e retirada -----	15
3. JUSTIFICATIVA -----	19
4. OBJETIVOS -----	20
4.1. Objetivo Geral -----	20
4.2. Objetivos Específicos -----	20
5. HIPÓTESES -----	21
6. METODOLOGIA -----	21
6.1. Local do Estudo -----	21
6.2. Delineamento do Estudo -----	21
6.3. População Alvo -----	22
6.4. Coleta de Dados -----	22
6.5. Análise de Dados -----	23
7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS -----	24
8. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO -----	24
9. RECURSOS FINANCEIROS -----	26
10. IMPACTO SOCIAL -----	26
11. REFERÊNCIAS -----	28
12. ARTIGO -----	33
APÊNDICES DO PROJETO -----	48
ANEXO DO PROJETO -----	78

1. INTRODUÇÃO

O pós-parto é um momento crítico, em que a mulher está susceptível ao retorno da fertilidade, a qualquer momento. A falta de orientação e oferta de contracepção pode contribuir para a ocorrência de uma nova gestação, não planejada e, muitas vezes, indesejada (ACOG, 2016). Dados recentes do Fundo Populacional das Nações Unidas (UNFPA, 2022), demonstram que 50% das gestações no mundo não são planejadas. No Brasil, estudos indicam que mais da metade das gestações não são planejadas, com prevalência variando entre 54% e 68% em diferentes regiões (NILSON et al., 2023; LELIS et al., 2024; GALLARDO-ALVARO et al., 2025). Sendo assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou, em março de 2022 diretrizes globais para apoiar mulheres e recém-nascidos nas primeiras seis semanas após o nascimento. Entre as 63 recomendações da OMS que visam garantir uma experiência positiva e segura no parto e no puerpério, inclui-se o acesso à contracepção pós-natal (OMS, 2022). A inserção do DIU no período pós-parto amplia o acesso a métodos contraceptivos de longa duração, especialmente para mulheres que enfrentam barreiras socioeconômicas ou dificuldade de seguimento ambulatorial (BRASIL, 2018).

O DIU de cobre apresenta elevada eficácia contraceptiva, com taxas de falha inferiores a 1%, sendo considerado um dos métodos mais seguros disponíveis (OMS, 2015). Sua inserção no período pós-parto constitui uma prática recomendada no âmbito de saúde pública, já sendo utilizada em muitos países (BRASIL, 2018; WEERASEKERA et al., 2018). A inserção imediata (até 10 minutos após saída da placenta) ou precoce (até 48 horas após o parto) do dispositivo é tecnicamente viável, beneficiando-se da dilatação do colo, o que facilita o procedimento e reduz o desconforto (SILVA et al., 2023). A Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia orienta que o DIU seja inserido preferencialmente dentro de dez minutos da dequitação placentária (FEBRASGO, 2018). Além de ser um método de longa duração, reversível, seguro e que não interfere na lactação, o DIU ainda pode ser ofertado para mulheres de todas as idades. Dessa forma, ele pode ser usado por adolescentes e puérperas, mesmo com histórico de infecções sexualmente transmissíveis como sífilis e HIV durante a gravidez, o que o torna uma excelente opção no pós-parto imediato (FEBRASGO, 2016). Diante disso, em 2017 o governo brasileiro publicou a Portaria Nº 3.265, que dispõe sobre a ampliação do acesso ao Dispositivo Intrauterino TCU 380 (DIU de cobre) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), disponibilizando o DIU para todas as

maternidades conveniadas (BRASIL,2017). Dessa forma, o Ministério da Saúde (MS), visareduzir os riscos de uma nova gestação antes de 24 meses, conforme recomendação da OMS, que tem como objetivo reduzir os riscos de desfechos adversos, tantomaternos quanto neonatais (OMS, 2007).

A oferta de contracepção durante a internação obstétrica é uma oportunidade estratégica para evitar gestações não planejadas e melhorar os indicadores de saúde materna. Deve ser parte integrante dos protocolos e diretrizes clínicas das unidades de saúde, promovendo uma abordagem centrada na mulher e no respeito aos seus direitos (PORTAL DE BOAS PRÁTICAS, 2024). Além disso, o momento é propício, pois as mulheres estão altamente motivadas a aceitarem os métodos de planejamento familiar (PEARSON et al., 2020).Confirmando isso, pesquisas realizadas nos últimos cinco anos, mostram taxas de aceitação do DIU-PP, quando ofertadodurante a internação para o parto, variando de 58,1 a 60% (FERREIRA et al., 2022; GUPTA et. al., 2023). Sendo que as taxas de satisfação com o método ficam em torno de 80 a 100% (COOPERet al., 2020; RWEGOSHORAet al., 2020; PEARSON et al., 2020;FATIMAet al., 2022; GUPTAet al., 2023).Apesar dessa aceitação, poucos estudos no Brasil e no mundo avaliaram as taxas de continuidade do dispositivo, com variação entre 8,2% e91,4% (BLUMENTHAL et al., 2016; CHE et al., 2023; PAES et al., 2024). Portanto, este trabalho tem como objetivo avaliar a taxa de continuidade ou não dispositivo, além, dos motivos que levaram ao abandono do método, no período de 6 meses após inserção nas maternidades da cidade de Rio Grande.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Para elucidar a questão de pesquisa, que era a continuidade do método, sua expulsão, retirada ou mal posicionamento ao exame de ultrassonografia, foi realizada uma busca de artigo, nas seguintes bases de dados PubMed, Lilacse Portal de Periódicos da CAPES,utilizando-se as palavras chaves e termos descritos pelo *Medical Subject Headings* (MeSH) e pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).Os descritores foram combinados nas bases de dados da seguinte maneira: Postpartum Period AND (Contraception OR Intrauterine Devices Copper) AND Ultrasound. As buscas resultaram em 277 artigos, os quais foram importados para o gerenciador de referências Zotero (Quadro 1).

Quadro 1 - Termos de busca e bases de dados consultadas

Termos de busca	Bases de dados consultadas			Total
	PubMed	CAPES	LILACS	
“postpartum period” AND “contraception” OR “intrauterine devices copper” AND “ultrasound”	99	119	59	277

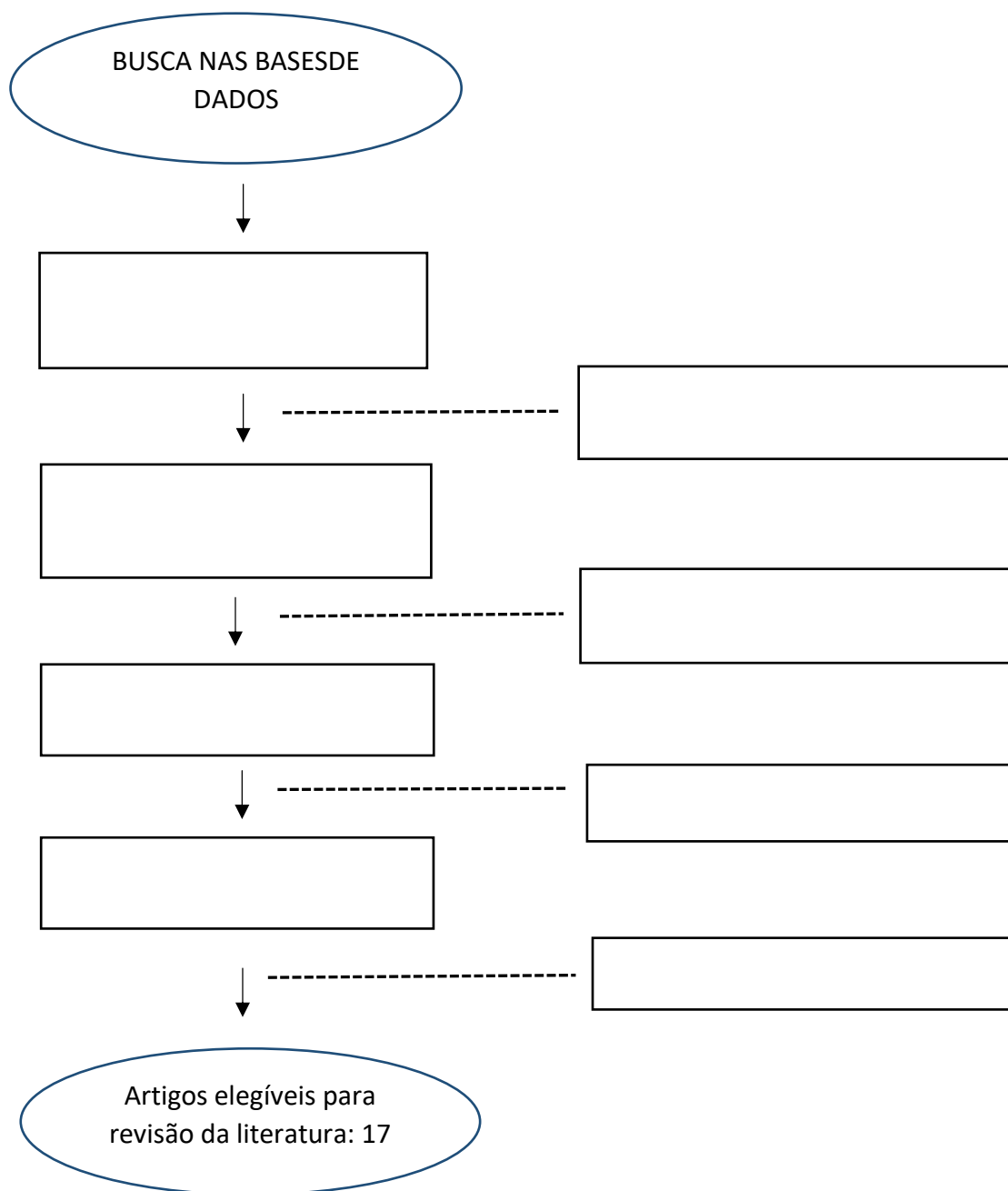
Fonte:Elaborado pela autora (2025).

Nesta pesquisa, foi determinado limite de tempo de 10 anos para a realização da busca. Foram excluídos os duplicados (25 artigos) e aqueles sem relação com o tema pela leitura dos títulos (171 artigos), restando o total de 81 artigos, sendo que desses, 43 foram excluídos pela leitura do resumo e 21 pela leitura da íntegra. No final, 17 artigos foram selecionados para fazerem parte da revisão bibliográfica desse estudo. Os dados referentes aos artigos selecionados encontram-se listados no quadro de revisão com o resumo dos artigos selecionados (Apêndice A) de acordo com a descrição, tamanho da amostra, delineamento do estudo, objetivos e resultados encontrados.

Os artigos excluídos discorriam sobre DIU hormonal ou outro método contraceptivo, DIU fora da cavidade uterina, DIU inserido guiado por ultrassom, DIU inserido no puerpério tardio, gestação em pacientes usuárias de DIU, associação da contracepção no puerpério e uso de opioides, complicações no período puerperal.

Durante a pesquisa, foram consultados também outros sites com dados consistentes, como Ministério da Saúde (MS), Organização Mundial da Saúde (OMS), Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG), Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), UpToDate, além de teses de mestrado e doutorado. O fluxo de seleção dos artigos está representado na Figura 1, abaixo.

Figura 1 - Fluxo de seleção dos artigos



Fonte: Elaborado pela autora (2025).

2.1. História do DIU

O dispositivo intrauterino é considerado e referenciado por muitos como um método moderno, muito embora existam relatos na literatura de que tenha sido usado desde a antiguidade. Há registro de que pastores beduínos inseriam pequenos objetos no útero de camelas para evitar a gravidez durante longas travessias (BRUNNER & SUDDARTH, 2005). O primeiro DIU documentado em seres humanos foi desenvolvido pelo ginecologista alemão Richard Richter em 1909, utilizando fios de seda esterilizados (TATAI et al, 2017). O desenvolvimento de materiais mais seguros se consolidou com o surgimento dos primeiros DIUs plásticos nas décadas de 1950 e 60; mas o avanço mais significativo foi a introdução do cobre, o que aumentou a eficácia do método. Em 1969, Jaime Zipper idealizou o “T de cobre” e inaugurou a nova geração de DIUs, os medicados em contraposição com os inertes. Nesse período vários estudos foram realizados para que se atingisse a quantidade ideal de cobre que tivesse uma atuação espermicida eficaz. Os primeiros estudos foram com 200 mm², o Tcu 200, mas os melhores resultados para contracepção foram alcançados com o Tcu 380 mm², que persiste até os dias de hoje (FEBRASGO, 2017). Atualmente, existem dois tipos principais de DIU: o de cobre e o hormonal. Ambos são considerados seguros e de longa duração (OMS, 2022).

No Brasil, em 2017, o Ministério da Saúde ampliou o acesso ao DIUCu380, já distribuído pelo SUS nos diversos serviços de planejamento familiar, disponibilizando seu uso nas maternidades integrantes do SUS, para anticoncepção pós-parto ou abortamento imediato, através da Portaria nº 3.265 (BRASIL, 2017).

2.2. Puerpério e anticoncepção

O período puerperal é uma fase crítica, caracterizada por intensas transformações físicas, emocionais e sociais. Inicia-se com a expulsão da placenta e perdura até que o corpo da mulher retorne às suas condições fisiológicas anteriores a gestação, o que geralmente ocorre em até seis a oito semanas. Além das alterações orgânicas, esse período exige cuidados individualizados e acolhedores, que considerem a realidade, crenças e opiniões da mulher, visando sua plena recuperação e adaptação ao novo papel materno (RIO GRANDE DO SUL, 2024).

A consulta puerperal, que deve ser realizada no período de 30 a 45 dias pós-parto, é uma ação assegurada pelas políticas de saúde do Brasil, crucial para detectar e prevenir riscos à saúde materna, promover hábitos saudáveis e reduzir a mortalidade materna, sendo considerada um importante indicador assistencial. Apesar disso, estudos apontam baixa frequência da revisão puerperal no Brasil, em torno de 34,7% a 53% (PINTO et al, 2021; BARATIERI et al, 2022), sendo que as mulheres com baixa renda e escolaridade que realizaram o pré-natal na rede pública, são as que menos realizam essa consulta (GONÇALVES et al, 2019).

A OMS recomenda que mulheres recebam informações sobre planejamento familiar e sobre os benefícios sociais e de saúde alcançados com o espaçamento entre nascimentos durante a assistência pré-natal, imediatamente após o nascimento e durante a assistência pós-parto. É preconizado pela OMS que seja estabelecido um intervalo interpartal mínimo de dois anos, para que se tenham gestações saudáveis e com menor risco materno-infantil (OMS, 2013). O DIU de cobre se torna uma boa opção no período pós-parto imediato (até 48 horas pós-parto) por ser um método de contracepção seguro, de longa duração, reversível e que não interfere na lactação (UNFPA, 2022).

2.3. DIU-PP: acompanhamento, continuidade, expulsão e retirada

Entre os 17 artigos que compuseram a revisão de literatura deste projeto, a maioria eram originários da Ásia, sendo sete estudos na Índia e um no Sri Lanka (CHAWLA et al, 2017; KUMAR et al, 2018; JAIN et al, 2019; VIJAYALAKSHMI et al, 2020; DASANAYAKE et al, 2020; GUPTA et al, 2023; DORAIRAJAN et al, 2023; SRIVASTAVA et al, 2024). O segundo país com maior número de artigos, sobre o tema, nos últimos 10 anos foi o Brasil com cinco estudos (HOCHMULLER et al, 2020; DE ALBUQUERQUE et al, 2021; NAHAS et al, 2023; MAKINO et al, 2023; PAES et al., 2024). No entanto, os trabalhos brasileiros tinham um número de pacientes que variou de 97 a 363, enquanto os estudos indianos trabalharam com até 1253 mulheres. Tanto os Estados Unidos, como o continente africano possuíam duas publicações nesse período, mas uma pesquisa realizada na Tanzânia foi uma corte com 1114 puérperas (BLUMENTHAL et al, 2016; GURNEY et al, 2018; GURNEY et al, 2020; RWEGOSHORA et al, 2020). Por fim, apenas sete artigos abordavam a prática do uso de ultrassonografia para avaliar o posicionamento do DIU-PP, sendo os dois estudos Americanos, dois Indianos e três Brasileiros (CHAWLA et al, 2017; GURNEY et al,

2018; GURNEY et al, 2020; DE ALBUQUERQUE et al, 2021; DORAIRAJAN et al, 2023; MAKINO et al., 2023; PAES et al., 2024).

Em relação ao acompanhamento do DIU-PP, estudos mostram uma taxa de retorno para revisão do dispositivo de 62% a 85% em 6 meses e de 25% a 79,4% em 1 ano. A taxa de continuidade do método varia de 55,6% a 74,8% em 6 meses e 48,3% a 94,1% em 1 ano. A taxa de expulsão variou entre 1,72% e 38,1% no período de 1 ano, sendo maior nos DIUs inseridos após o parto vaginal. Já a taxa de remoção do DIU em até 1 ano variou de 3% a 23%, sendo os motivos mais citados para tal, sangramento e dor (BLUMENTHAL et al, 2016; CHAWLA et al, 2017; KUMAR et al, 2018; GURNEY et al, 2018; JAIN et al, 2019; HOCHMULLER et al, 2020; DASANAYAKE et al, 2020; VIJAYALAKSHMI et al, 2020; GURNEY et al, 2020; DE ALBUQUERQUE et al, 2021; NAHAS et al, 2023; GUPTA et al, 2023; RWE GOSHORA et al, 2020; DORAIRAJAN et al, 2023; MAKINO et al, 2023; PAES et al., 2024; SRIVASTAVA et al, 2024). Quanto ao mal posicionamento do DIU-PP, na avaliação por ultrassonografia, os estudos que realizaram o exame em 6 semanas após a sua inserção, observaram taxas de 5 a 41,5% (CHAWLA et al, 2017; DE ALBUQUERQUE et al, 2021; NAHAS et al, 2023), enquanto no acompanhamento após 6 meses as taxas foram entre 15,4 a 30% (GURNEY et al, 2018; GURNEY et al, 2020); já no estudo que avaliou a posição do DIU em 1 ano, essa taxa foi de 21,7% (PAES et al., 2024). Apenas um estudo realizou o exame de ultrassom antes da alta do parto vaginal, e referiu uma taxa de mal posicionamento de 2,5% (DORAIRAJAN et al, 2023).

Como mencionado anteriormente a Índia foi o país com maior número de estudos sobre o acompanhamento do DIU-PP. Pesquisa realizada em Nova Deli, com 1253 mulheres, das quais 650 (51,8%) mantiveram acompanhamento em 1 ano, teve uma taxa de continuidade de 85,5%, com taxa de expulsão de 5,5% e remoção do dispositivo em 14,5% das pacientes por queixa de dor abdominal, sangramento ou mal posicionamento do dispositivo (JAIN et al, 2019). Ainda na Índia, Kumar e col. realizaram acompanhamento telefônico de 844 pacientes após um ano de inserção de DIU-PP, totalizando 70,3% das 1200 pacientes incluídas no estudo, encontrando uma taxa de continuidade de 62,8% e uma taxa de expulsão de 7,5%. Foi relatada remoção do dispositivo em 19,3% dos casos, motivadas por efeitos colaterais como sangramento, dor e corrimento (KUMAR et al, 2018). O mesmo grupo de autores em uma pesquisa com 916 puérperas, que colocaram o DIU-PP no parto vaginal ou cesárea, encontrou uma taxa de continuidade do método de 88,7% em 6 semanas, 74,8% em 6 meses e

60,1% em um ano; com taxa de expulsão de 12%, sendo a maior parte (58,1%) nas primeiras seis semanas. A remoção foi solicitada por 23% das pacientes pelas mesmas queixas do estudo anterior. Não houve associação significativa entre a inserção imediata ou mediata e a expulsão do DIU (OR:0,97; IC_{95%}:0.63–1.49) e não foi encontrado outro fator estatisticamente significativo para expulsão do dispositivo (SRIVASTAVA et al, 2024). Pesquisa recente, realizada em um hospital terciário na região de Malwa com 180 mulheres apresentou uma taxa de continuidade em seis meses de 65,6% e uma taxa de expulsão de 5,6%. A taxa de remoção foi de 13,9%, sendo o sangramento a principal queixa para sua retirada do DIU (GUPTA et al, 2023). No entanto estudo realizado em Telangana, entre janeiro de 2016 e março de 2018 com 60 puérperas, mostrou menor taxa de continuidade do DIU-PP em um ano (48,3%), com uma taxa de remoção de 23%, também estimulada por sangramento irregular (VIJAYALAKSHMI et al, 2020). Ainda no continente asiático, pesquisa realizada no Sri Lanka, onde 470 mulheres foram acompanhadas um ano após terem inserido DIU pós-parto vaginal ou cesariana; a taxa de seguimento em um ano foi de 25%. O estudo mostrou taxa de continuidade do método de 79,8%, com taxas de expulsão e retirada igualmente de 6,7%. Os autores ressaltam que o dispositivo pode ser implementado com sucesso em ambientes com recursos limitados (DASANAYAKE et al, 2020).

Dois estudos realizados na Índia, abordavam o uso da ultrassonografia para avaliar o posicionamento do DIU-PP. Uma pesquisa realizada em Nova Deli com 200 pacientes acompanhadas com exame de ultrassom para avaliação do DIU-PP após três dias da inserção, revelou que 45% dos DIUs estavam mal posicionados, sendo o mal posicionamento maior no grupo pós-parto vaginal 62% vs 28% na cesariana. Das 110 pacientes com DIU inicialmente bem-posicionado que retornaram 6 meses, a taxa de expulsão foi 1,7%; dessas 52,7% apresentavam queixas, sendo a mais comum, dor abdominal (50%) (CHAWLA et al, 2017). Em outro estudo realizado com 320 pacientes que inseriram DIU após o parto vaginal, 2,5% das pacientes apresentaram mal posicionamento do dispositivo no exame ecográfico antes da alta. Ao final de três meses, foi encontrada uma taxa de expulsão de 5% no grupo de inserção imediata e 3,8% no de inserção precoce (OR 0,75; IC_{95%}: 0,266-2,11); das 155 (48,4%) pacientes que mantiveram acompanhamento, o fio do DIU foi visualizado em 94% dos casos ao exame especular e não houve nenhuma solicitação de remoção do dispositivo (DORAIRAJAN et al, 2023).

Dados semelhantes foram encontrados no continente africano. Estudo realizado na Zâmbia com 591 mulheres, onde 305 (51,6%) compareceram à consulta de acompanhamento do DIU-PP, constatou que 24,3% haviam sido inseridos após a retirada da placenta e 71,1% dentro de 48 horas após o parto. A taxa de expulsão foi de 5,6%, não havendo diferença estatística entre os métodos, sendo a taxa pós placentária de 10,8% e 4,1% a taxa de expulsão dos dispositivos inseridos dentro de 48h pós-parto. Nove pacientes (3%) realizaram a retirada do DIU-PP por sangramento, dor, oposição do marido e desejo de outra gestação. A taxa de continuidade do método em 1 ano foi de 91,4%. Nenhuma complicação foi relatada pelas pacientes, mostrando que DIU-PP pode ser seguro, aceitável e viável em um ambiente africano (BLUMENTHAL et al., 2016). Pesquisa realizada na Tanzânia, com 1114 pacientes de seis hospitais, observou que apenas 45,8% das pacientes completaram o acompanhamento por um ano. A taxa de continuidade do método foi de 86,1% e 2,1% expulsaram o dispositivo nesse período. Os autores reforçam que apesar das vantagens do DIU como métodos de contracepção, este ainda é impopular no país (RWEGOSHORA et al, 2020).

Já no continente americano foram encontrados dois estudos realizados nos Estados Unidos por Gurney e col. Na pesquisa realizada em 2018, que avaliou 200 pacientes após a inserção do DIU-PP no parto vaginal, relatou que 75% retornaram após seis semanas, quando foi realizado exame físico e identificado fio visível em 23,5% (IC_{95%}: 16,9-31,1). No entanto, na consulta de seis meses, 81% das mulheres retornaram para o acompanhamento, onde foi realizado exame de ecografia, constatando que 15,4% dos dispositivos estavam mal posicionados e 24% tinham sido expulsos, com uma taxa de continuidade do dispositivo de 55,6% (GURNEY et al, 2018). Outro trabalho do mesmo autor avaliou 111 pacientes que inseriram DIU-PP na cesárea, onde 46% compareceram para consulta em seis semanas, não sendo visualizado o fio do DIU em 75% (IC_{95%}: 64%-85%). No acompanhamento de seis meses, 62,2% das pacientes retornaram e realizaram ultrassom que mostrou 30% dos dispositivos mal posicionados, com uma taxa de expulsão de 7% e taxa de retirada de 3% (GURNEY et al, 2020).

No Brasil uma pesquisa com 322 puérperas que inseriram DIU-PP em Uberaba, das quais 170 (52,7%) mantiveram acompanhamento ambulatorial por 60 dias, observou uma taxa de expulsão do dispositivo de 28,8%, não sendo encontrada associação significativa entre o momento de inserção do dispositivo e a expulsão, 26,6% no puerpério imediato vs 34,7% no puerpério mediato (p=0,296). Dos DIUs inseridos no

pós-parto imediato e expulsos, a maior prevalência foi naqueles inseridos após parto vaginal 79,6% vs. 20,4% dos pós cesárea(OR: 8,17; IC_{95%}:2,89-23,11). Em contrapartida, o tipo de parto não foi significativo para predição de expulsão nas pacientes com DIU inserido no puerpério imediato (OR:0,94; IC_{95%}:0,25-3,50)(HOCHMULLER et al, 2020).Da mesma forma, estudo realizado em Presidente Prudente analisou dados de prontuário de 97 pacientes que inseriram DIU no puerpério imediato no período de janeiro a dezembro de 2022, ao realizarem o controle ecográfico após 45 dias,foi observado que o parto vaginal aumenta em 2,8 vezes mais a chance de expulsão do DIU- PP (49%) do que a cesárea (26,1%) (MAKINO et al, 2023). Estudo mais recente realizado em um hospital universitário brasileiro com 352 pacientes mostrou que, 10,8% dos DIUs estavam mal posicionados em exame ecográfico após 6 semanas da inserção, sendo a taxa de expulsão de 8,5%. Ao final de 6 meses, a taxa de continuidade foi de 74,4% e a taxa de expulsão 25,6%, com uma chance 2 vezes maior de expulsão nos DIUs colocados após o parto vaginal (NAHAS et al, 2023). Pesquisa realizada em Fortaleza, onde os autores acompanharam 158 mulheres submetidas a cesárea que tiveram inserção do DIU-PP durante o ano de 2019, observou uma taxa de 5% de DIUs mal posicionamento em exame de ultrassom realizado após 6 semanas. A taxa de continuidade do método foi de 71,5%no retorno de 6 meses. Nesse período a taxa de expulsão espontânea foi de 1,5% e 10% solicitaram a remoção do DIU-PP, sendo o motivo mais citado o sangramento excessivo e dor pélvica (DE ALBUQUERQUE et al., 2021).Recente estudo realizado em Belém do Pará, acompanhou 363 mulheres que inseriram DIU no pós-parto imediato e mostrou que, ao final de 1 ano, 44,6% das mulheres retornaram para acompanhamento; destas 8,3% permaneceram com o dispositivo e 19% solicitaram sua retirada por algum motivo, sendo os mais comuns, corrimento, sangramento e dor pélvica.

3. JUSTIFICATIVA

As maternidades são espaços de atenção à saúde da mulher, no que se refere às ações relativas à atenção ao parto e cuidados de saúde reprodutiva. A oferta do DIU e sua inserção em mulheres no pós-parto imediato é uma prática que complementa as ações realizadas na Atenção Básica e amplia o acesso a anticoncepção. Além disso o DIU de cobre é um método segura, efetivo, reversível, de longa duração e não interfere na lactação. Em vista disto,é importante que a contracepção imediata pós-parto seja

ofertada às mulheres, considerando-se que um momento oportuno e conveniente para elas (BRASIL, 2018; ACOG, 2018).

O planejamento familiar, visando proporcionar autonomia da mulher e redução da mortalidade materna e infantil, faz parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), da agenda Global 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU, 2015). No Brasil, o Ministério da Saúde, criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM), um conjunto de diretrizes que visa promover a saúde da mulher; que tem por metas reduzir a taxa de mortalidade materna e assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. Suas ações incluem o planejamento reprodutivo; informação e educação sobre o tema, bem como a integração da saúde reprodutiva com estratégias e programas nacionais para a garantia dos direitos reprodutivos (BRASIL, 2018).

Apesar dos esforços do MS em incluir o DIU pós-placentárias maternidades brasileiras do aumento das taxas de aceitação desse método, é importante lembrar que é uma contracepção que necessita acompanhamento. Dessa forma, estudar o retorno das pacientes que colocaram o DIU-PP, os fatores que impactam na expulsão, retirada ou continuidade do método são essenciais para otimizar protocolos de inserção, melhorar as práticas de aconselhamento contraceptivo, aumentar a taxa de retenção do método e reduzir o risco de complicações e descontinuações precoces. Além disso, apenas dois estudos brasileiros abordaram o uso da ultrassonografia como um exame de acompanhamento do DIU-PP, sendo esse importante método para avaliar a sua expulsão ou até mesmo mal posicionamento do dispositivo. Dessa forma, diante da necessidade de fortalecer políticas públicas de planejamento reprodutivo e promover o cuidado integral à saúde materna, torna-se relevante investigar o uso do DIU-PP a longo prazo.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

- Avaliar o seguimento do DIU pós-placentário nas puérperas que realizaram a inserção do dispositivo em até 48 horas pós parto vaginal ou cesariana nos hospitais da cidade de Rio Grande no ano de 2024, no período de 6 meses.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar as taxas de:

- retorno para acompanhamento pós inserção de DIU-PP em até 6 meses;
- continuidade do DIU-PP em 6 meses;
- expulsão do DIU-PP até 6 meses após a inserção;
- retirada do DIU-PP em 6 meses;
- reinserção do DIU após retirada ou expulsão dentro de 6 meses;
- Avaliar a taxa de presença do fio do DIU visível em até 6 meses;
- Avaliar o posicionamento do DIU-PP no exame de ecografia, em até 6 meses;
- Identificar quais sintomas estavam associadas a descontinuidade do método.

5. HIPÓTESES: de acordo com os objetivos

- A taxa de retorno para revisão puerperal será de 60%.
- A taxa de expulsão será de 12%, sendo maior no pós parto vaginal.
- A taxa de retirada será de 5%;sendo os motivos mais citados para descontinuidade do método o sangramento e a cólica.
- A taxa de mal posicionamento ultrassonográfico será 10%.
- A taxa de reinserção será de 40%.
- A taxa de continuidade ficará entre 70-80%.

6. METODOLOGIA

6.1. LOCAL DO ESTUDO

Este estudo será realizado em Rio Grande, cidade mais antiga do Rio Grande do Sul/Brasil, localizada no extremo sul do estado, com uma população de 191.900 habitantes, sendo que cerca de 100.222 (52,2%) são do sexo feminino, estando 54.836 delas em idade fértil, entre 10 e 49 anos. O município tem uma população estimada para 2024 de 198 mil habitantes (IBGE, 2022). Sua economia está baseada no comércio local, na atividade agropecuária e no escoamento de parte da produção do Rio Grande do Sul por meio do maior acesso portuário do estado, o Porto de Rio Grande. Ainda segundo dados do IBGE, no ano de 2021, o produto interno bruto (PIB) municipal per capita foi de R\$ 62.392,39, ficando na posição 142 dentre os 497 municípios do estado; e seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM-2010) 0,74 (IBGE, 2022).

A cidade possui três hospitais gerais, com duas maternidades. No hospital Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande, que possui maternidade, são realizados atendimento SUS, convênios e particular. Já o Hospital Universitário da Universidade

Federal de Rio Grande, vinculado a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, que além de maternidade conta com UTI neonatal, tem seus atendimentos realizados 100% pelo SUS. Por fim, temos o Hospital Monporto, que, embora não tenha maternidade, realiza partos por convênios ou particulares.

6.2. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Esta proposta de trabalho foi realizada com os dados obtidos através da sexta edição do Estudo Perinatal, que coletou informações de todos os nascimentos ocorridos em 2024 nas duas maternidades do município do Rio Grande (RS) e em um hospital privado inaugurado na cidade, sem maternidade, mas adaptado para realização de partos. Na primeira parte da pesquisa, foi utilizado delineamento transversal (de prevalência) censitário, com as mães sendo abordadas ainda na maternidade, em até 48 horas após o parto. A segunda fase do estudo foi realizada por um acompanhamento prospectivo longitudinal que incluiu todas as puérperas que colocaram o DIU-PP no HU/FURG em 2024, através de análise dos prontuários.

6.3. POPULAÇÃO ALVO

Para o estudo perinatal foram incluídas as puérperas que residiam em Rio Grande a pelo menos seis meses e que seu recém-nascido tivesse peso igual ou superior a 500 gramas e/ou pelo menos 20 semanas de gestação. Foram excluídas mulheres com déficit cognitivo ou dificuldade de entender e responder as perguntas.

6.4. COLETA DE DADOS

Todos os dias as entrevistadoras percorriam os três hospitais do município e buscavam nos livros de registro de nascimentos os partos realizados no dia anterior. Após identificar que a puérpera era elegível para o estudo, era lido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice B), e, em caso de resposta afirmativa, o questionário era aplicado. Na primeira etapa do projeto, foi usado um questionário único (Apêndice C), pré-codificado, por meio de tablets e do aplicativo REDCap. O instrumento era dividido em blocos, com perguntas que buscam informações sobre aspectos anteriores à gestação, até o pós-parto imediato, assim como nos estudos perinatais anteriores. O bloco A mostra informações a respeito do hospital, da mãe e do recém-nascido; o bloco B identifica motivos que levaram a mãe a buscar atendimento, orientações recebidas e procedimentos realizados no hospital, e sua

opinião sobre a abordagem dos profissionais de saúde e assistência recebida no parto. O Bloco C avalia o tratamento recebido ao chegar no hospital, sobre o contato pele a pele, amamentação; além de avaliar a assistência no pré-natal. O Bloco D investiga sobre uso de medicamentos, comorbidades na gestação atual e realização de imunizações (antitetânica, influenza, COVID, HPV). Os Bloco E e F trazem ênfase à aspectos relacionados à pandemia do COVID-19; além de avaliar aspectos reprodutivos, incluindo quantidade de gestações, abortos, filhos tidos vivos e mortos e sobre métodos contraceptivos utilizados. Os Bloco G e H tratam de perguntas sobre hábitos de vida da mãe e comportamento, incluindo questões sobre tabagismo, uso de álcool, café, chimarrão, uso de drogas e sobre sintomas depressivos. No Bloco I são copiados todos os dados da Carteira da Gestante. Já no Bloco J, são obtidas as medidas e Capurro do recém-nascido. No último bloco (K) são coletados dados de contato da paciente.

Na alta hospitalar, todas as pacientes que inseriram o dispositivo intrauterino de cobre nas 48 horas pós-parto foram encaminhadas para acompanhamento ambulatorial no serviço de DIU-PP do Hospital Universitário da FURG/EBSERH, sendo orientadas a agendar essa revisão dentro 45 dias. Nessa consulta foi realizada anamnese e exame ginecológico, com atenção à visualização dos fios do DIU e queixas de sangramento, dor, dispareunia ou corrimento. Além disso foi realizada ultrassonografia transvaginal (USTV), para avaliação do posicionamento do DIU; às pacientes que apresentam dispositivo mal posicionado, ou que expulsaram/retiraram, foi oferecida reinserção. Após a revisão e a realização do USTV, as pacientes receberam alta do serviço e foram orientadas a continuar rotina ginecológica na Unidade Básica de Saúde. Portanto, para a segunda etapa do projeto, foi utilizado um questionário pré-codificado (Apêndice D) com os dados sobre: retorno para revisão e utilização do exame de ultrassonografia na consulta para verificar o posicionamento do DIU, expulsão e continuidade do uso do DIU, retirada do DIU quando solicitado pela paciente e motivo da descontinuidade, além da realização de recolocação do DIU quando solicitado pela paciente. A busca das 244 mulheres que inseriram DIU-PP e retornaram para revisão foi realizada por meio de dados contidos em prontuário médico das pacientes, no formato físico e eletrônico.

Como a coleta dos dados do estudo perinatal ocorreram em 2024, podemos calcular o poder da amostra para avaliar a taxa de continuidade e mal posicionamento do método no ultrassom transvaginal. Com uma prevalência de continuidade de 75 a 85% um erro alpha de 0,05, em uma amostra de 244 puérperas que colocaram o DIU,

temos o poder de 77%. Para uma prevalência de mal posicionamento de 30 a 20%, um erro alpha de 0,05, em uma amostra de 244 puérperas que colocaram o DIU, temos o poder de 69%.

6.5. ANÁLISE DE DADOS

Para avaliação da inserção do DIU-PP, será considerada a resposta SIM a pergunta “Agora, neste parto, foi colocado DIU?”. Será considerada a ocorrência de retorno quando houver em prontuário físico ou eletrônico a consulta de revisão do DIU-PP em até 6 meses após o parto. Para avaliação da expulsão do DIU será considerado o relato da mulher seguido de não visualização do fio do DIU no exame especular e do dispositivo pelo UST. A retirada e a recolocação encontravam-se relatadas em prontuário médico. Por fim o mal posicionamento ao exame de UST será considerado quando partes do DIU se encontrarem no orifício interno do colo.

Para a análise do acompanhamento do DIU, será inserido no banco do Estudo Perinatal 2024 pré-existente, os dados coletados na segunda etapa do estudo. A digitação dos questionários será duplamente realizada por digitadores independentes, em ordem inversa ao do primeiro. Ao término da digitação de cada lote, será realizada a comparação das digitações. Em seguida, será realizada análise de consistência, que compreende a criação e a categorização de variáveis e a verificação de frequências realizadas através do programa Stata 14.0 (StatCorp, College Station, TX, USA). Também será avaliada através de análise bivariada a associação entre expulsão e mal posicionamento do DIU-PP no exame de ultrassonografia em associação com a via de parto (vaginal ou cesariana), sendo considerado significativo um $p < 0,05$.

7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto que deu origem a este inquérito foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande, vinculado a Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP), sob o número 5.849.082, datado de 12 de janeiro de 2023 (Anexo 1).

8. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Estimou-se realizar a presente proposta de trabalho, que incluiu desde a revisão da literatura até a defesa da tese, com envio dos artigos para publicação, em 24 meses. A atividade de maior duração será a revisão de literatura, que aconteceu em quase todo o período. As demais atividades serão todas de menor duração, com muitas delas ocorrendo simultaneamente. O quadro a seguir mostra todas as atividades que foram e ainda serão desenvolvidas neste período, assim como a ordem em que serão executadas.

9. RECURSOS FINANCEIROS

O presente estudo foi orçado em R\$ 69.180,00 (sessenta e nove mil cento e oitenta reais). 100% do valor foi arrecadado pelo investigador principal (coordenador do estudo) e pelos alunos de mestrado e doutorado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde e Saúde Pública da FURG. Cerca de 80% do valor total (R\$ 54.000,00), foi destinado ao pagamento de entrevistadoras, enquanto o restante do valor foi destinado para compra de equipamentos para uso como, por exemplo, tablets, xerox e crachás, entre outros, além do pagamento de passagens de ônibus urbano para o deslocamento das entrevistadoras até as maternidades. Para a segunda parte do projeto, foi gasto R\$ 200,00 em material de escritório (folhas, pastas, canetas), valor de responsabilidade da equipe de pesquisa.

10. IMPACTO SOCIAL

O momento do parto é, para muitas mulheres, o único em que terão contato com o sistema de saúde. Aumentar o acesso a métodos contraceptivos pós-parto eficazes pode reduzir o risco de gravidez indesejada e curtos intervalos entre nascimentos.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres criada no Brasil tem, entre suas prioridades, a saúde sexual e a saúde reprodutiva, destacando-se o planejamento familiar que implica no respeito à liberdade e autonomia das mulheres para decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas (BRASIL, 2004).

Entre os métodos contraceptivos distribuídos aos municípios pelo Ministério da Saúde, o dispositivo intrauterino com cobre - TCU 380, destaca-se por ser um método com alto potencial de eficácia, praticidade, segurança, de longa ação, reversível e não hormonal. Embora o dispositivo possua larga utilização a nível mundial (cerca de 15%), no Brasil ainda há baixo registro de sua utilização, conforme dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006, em torno de 1,9% (BRASIL, 2018).

É fundamental que o DIU continue sendo ofertado durante o pré-natal nas maternidades durante o trabalho de parto e no pós-parto imediato. Além disso, é importante elaborar estudos para formulação de protocolos institucionais padronizados, incluindo treinamento dos profissionais. E, finalmente, é imprescindível ampliar as campanhas,

desmistificando o uso do DIU em todas as etapas da vida reprodutiva da mulher (BRASIL, 2018; JAIN, 2019; MAKINO et al, 2023)

A Unidade da Mulher do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Júnior vem, desde 2018, capacitando os profissionais médicos para a inserção do DIU-PP. Com os dados coletados no inquérito Perinatal de 2024 e no questionário de revisão puerperal, teremos a oportunidade inédita de estimar as taxas de continuidade e complicações pós inserção de DIU puerperal, com um número expressivo de puérperas e compartilhar a experiência deste serviço, buscando otimizar a oferta do método e consolidar seu uso.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Comitê on Obstetric Practice. Immediate Postpartum Long-Acting Reversible Contraception **Obstetrics & Gynecology**, v. 128, n. 2, p. e32-e37, August 2016. | DOI: 10.1097/AOG.0000000000001587

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **Optimizing postpartum care**. Washington, DC: ACOG, 2018. (Committee Opinion No. 736). Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/05/optimizing-postpartum-care>. Acesso em: 10 set. 2024.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Long-acting reversible contraception (LARC): IUDs and implants. Washington, DC: ACOG, 2018. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/10/long-acting-reversible-contraception-larc-iuds-and-implants>. Acesso em: 8 out. 2024.

BARATIERI, Tatiane *et al.* Longitudinalidade do cuidado: fatores associados à adesão à consulta puerperal segundo dados do PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. e00103221, 2022.

BLUMENTHAL, Paul D. *et al.* Programmatic experience of post-partum IUD use in Zambia: an observational study on continuation and satisfaction. **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, v. 21, n. 5, p. 356–360, 2 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.265**, de 1º de dezembro de 2017. Altera o Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a ampliação do acesso ao Dispositivo Intrauterino Tcu 380 (DIU de cobre) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 233, p. 199, 4 dez. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3265_07_12_2017.html. Acesso em: 30 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual técnico para profissionais de saúde: DIU de cobre TCu 380A. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/12/manual_diu_08_2018.pdf. Acesso em: 12 jan. 2025.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CHAWLA, Dolly *et al.* Ultrasound guided detection of position of post partum intra uterine contraceptive device and its relation to complications. **International Journal of**

Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology, v. 6, n. 9, p. 4035, 28 ago. 2017.

CHE, Yanet *et al.* Efficacy, safety, and acceptability of postplacental postpartum GyneFix intrauterine device insertion among women undergoing cesarean section: a multicenter prospective cohort study in China. *Contraception*, v. 122, p. 109999, 2023.

COOPER, Michelle *et al.* Provision of immediate postpartum intrauterine contraception after vaginal birth within a public maternity setting: Health services research evaluation. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, v. 99, n. 5, p. 598–607, maio 2020.

DASANAYAKE, D. L. W.; PATABENDIGE, M.; AMARASINGHE, Y. Single center experience on implementation of the postpartum intrauterine device (PPIUD) in Sri Lanka: a retrospective study. *BMC Research Notes*, v. 13, n. 1, p. 204, dez. 2020.

DE ALBUQUERQUE, Clarisse Uchoa *et al.* Continuation and satisfaction with intrauterine copper device inserted during caesarean delivery. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, v. 26, n. 6, p. 486–490, 2 nov. 2021.

DORAIRAJAN, Gowri; ASHOK, Venkatesh M.; VEENA, P. Effect of the timing of insertion of postpartum intrauterine contraceptive device (PPIUCD) copper T380A on expulsion rates. *Indian Journal of Medical Research*, v. 157, n. 4, p. 322–329, abr. 2023.

FATIMA, Saher *et al.* POSTPARTUM INSERTION OF INTRAUTERINE CONTRACEPTIVE DEVICE: A SAFE AND EFFECTIVE CONTRACEPTION. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, v. 34, n. 3 (SUPPL 1), 24 jun. 2022.

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Contraceção reversível de longa ação**. São Paulo: FEBRASGO, 2016. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, v. 3, n. 1, nov. 2016).

FEBRASGO–Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Dispositivo intrauterino: de onde viemos e onde chegamos**. São Paulo: FEBRASGO, 2017. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/196-dispositivo-intrauterino-de-onde-viemos-e-onde-chegamos>. Acesso em: 29 jan. 2025.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. **Inserção de DIU pós-parto e pós-abortamento**. Notícias. 16 mar. 2018. <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/413-insercao-de-diu-pos-parto-e-pos-abortamento> Acesso em: 23 set. 2024.

FERREIRA, Paula Batista *et al.* Immediate Postpartum Copper IUD: A Comparative Analysis between Profiles of Women who Accept and who Refuse it. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, v. 44, n. 02, p. 154–160, fev. 2022.

GALLARDO-ALVARADO, Negli *et al.* Gestação não planejada no estado de São Paulo: uma análise de perfil e impactos sociais. *The European Journal of*

Contraception & Reproductive Health Care, [S. 1.], 2025. Disponível em: <https://www.cemicamp.org.br/estudo-do-cemicamp-revela-que-65-das-gestacoes-em-sao-paulo-nao-sao-planejadas-maior-indice-da-historia/>. Acesso em: 1 abril 2025.

GONÇALVES, Cristiane De Souza *et al.* Frequency and associated factors with failure to perform the puerperal consultation in a cohort study. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, n. 1, p. 63–70, mar. 2019.

GUPTA, Sneha *et al.* Correlates of post-partum intra-uterine copper-T devices (PPIUCD) acceptance and retention: an observational study from North India. **Contraception and Reproductive Medicine**, v. 8, n. 1, p. 25, 28 mar. 2023.

GURNEY, Elizabeth P. *et al.* Six-month expulsion of postplacental copper intrauterine devices placed after vaginal delivery. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 219, n. 2, p. 183.e1-183.e9, ago. 2018.

GURNEY, Elizabeth P. *et al.* Ultrasound assessment of postplacental copper intrauterine device position 6 months after placement during cesarean delivery. **Contraception: X**, v. 2, p. 100040, 2020.

HOCHMULLER, Juliano Terra *et al.* Expulsion rate of intrauterine device: mediate vs. immediate puerperium period. **Journal of the Turkish-German Gynecological Association**, v. 21, n. 3, p. 143–149, 1 set. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Rio Grande (RS): panorama do município**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/rio-grande.html>. Acesso em: 03 dez. 2024.

JAIN, Rekha; SHARMA, Manisha; GUPTA, Shruti. Acceptance, safety and complications of postpartum intra uterine contraceptive device: a prospective study in tertiary care hospital. **International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology**, v. 8, n. 5, p. 1916, 29 abr. 2019.

KUMAR, Somesh *et al.* One-year continuation of postpartum intrauterine contraceptive device: findings from a retrospective cohort study in India. **Contraception**, v. 99, n. 4, p. 212–216, abr. 2019.

LELIS, Carlota De Fátima; PRIETSCH, Sílvio Omar Macedo; CESAR, Juraci Almeida. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência, tendência e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 5, p. e11122023, 2024.

MAKINO, Micheke K. *et al.* Efficacy of long-acting contraceptive methods – Copper intrauterine device in women in the immediate puerperium in a hospital in Presidente Prudente. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR**, v. 45, n. 2, p. 13-17, dez. 2023.

NAHAS, Georgia *et al.* Immediate Postpartum Insertion of Copper Intrauterine Device in a Brazilian University Hospital: Expulsion and Continuation Rates. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics**, v. 45, n. 01, p. 031–037, jan. 2023.

NILSON, Tainá Vieira *et al.* Unplanned pregnancy in Brazil: national study in eight university hospitals. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, n. 1, p. 35, 12 jun. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Brasília: Nações Unidas no Brasil, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa; UNIVERSIDADE JOHNS HOPKINS. Escola Bloomberg de Saúde Pública. Centro de Programas de Comunicação. **Planejamento familiar: um manual global para prestadores de serviços de saúde**. Baltimore; Genebra: CPC; OMS, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estratégias de programação para planejamento familiar pós-parto**. Genebra: OMS, 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/93680/9789241506496_eng.pdf. Acesso em: 21 fev. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Medical eligibility criteria for contraceptive use**. 5th ed. Geneva: OMS; 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Family planning: a global handbook for providers**. Baltimore; Genebra: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; Organização Mundial da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.fphandbook.org/>. Acesso em: 30 jan. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS pede atenção de qualidade para mulheres e recém-nascidos nas primeiras semanas após o nascimento**. 30 mar. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/30-3-2022-oms-pede-atencao-qualidade-para-mulheres-e-recem-nascidos-nas-primeiras-semanas>. Acesso em: 27 jan. 2025.

PAES, C. D. Q.; FADEL, A. P. M.; CAMPOS, A. C. A. Seguimento após inserção de dispositivo intrauterino de cobre no pós-parto imediato. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 47, p. e12716, 20 dez. 2024.

PEARSON, Erin *et al.* Effect of a postpartum family planning intervention on postpartum intrauterine device counseling and choice: evidence from a cluster-randomized trial in Tanzania. **BMC Women's Health**, v. 20, n. 1, p. 102, dez. 2020.

PINTO, Ingrid Rosane *et al.* Adesão à consulta puerperal: facilitadores e barreiras. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 2, p. e20200249, 2021.

PORTAL DE BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Principais questões sobre mortalidade materna e acesso ao planejamento reprodutivo. Rio de Janeiro: IFF/Fiocruz, jul. 2024. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/>. Acesso em: 8 janeiro 2025.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Divisão das Políticas dos Ciclos de Vida. Divisão da Atenção Primária em Saúde. Guia do pré-natal e puerpério na Atenção Primária à Saúde (APS). Organização de Célia Adriana Nicolotti, Franciele Masiero Vasconcellos, Gabriela Dalenogare, Isaine Hoffmann Vargas, Luciane da Silva, Paulo Sergio da Silva Mario, Talita Donatti. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde/RS, 2024. Disponível em: <https://atencaoprimaria.rs.gov.br/guia-do-pre-natal-e-puerperio-na-atencao-primaria-a-saude-aps-2024>. Acesso em: 03 fev. 2025.

RWEGOSHORA, France John *et al.* A one-year cohort study of complications, continuation, and failure rates of postpartum TCu380A in Tanzania. **Reproductive Health**, v. 17, n. 1, p. 150, dez. 2020.

SILVA, Caroline S. *et al.* Follow-up visit after post-placental copper intrauterine device insertion (tcu 380a). **Ciênc. cuid. saúde** ; v.22: e64631, 2023.

SRIVASTAVA, Ashish *et al.* One-year continuation of postpartum intrauterine contraceptive device: Findings from a prospective cohort study in India. **PLOS ONE**, v. 19, n. 6, p. e0304120, 6 jun. 2024.


TATAI, L. A. N. *et al.* História da contracepção: uma revisão narrativa. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 2, p. 391–397, 2017.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – UNFPA. Desmistificando o DIU: cartilha para profissionais de saúde. Brasília, DF: UNFPA, 2022. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/cartilha-desmistificando-o-diu-paraprofissionais-de-saude>. Acesso em: 11 ago. 2024.

VIJAYALAKSHMI, Gillella *et al.* A prospective interventional study of intra-caesarean copper intrauterine contraceptive devices insertion in a teaching hospital in a rural medical college in Telangana, India. **International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology**, v. 9, n. 4, p. 1470, 25 mar. 2020.

WEERASEKERA, D. S.; SENANAYEKE, L.; RATNASIRI, P. U. *et al.* Four years of the FIGO postpartum intrauterine device initiative in Sri Lanka: Pilot initiative to national policy. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics**, v. 143, n. 1, p. 28–32, 2018.

Confirmação de Submissão

 Impressão

Obrigado pela sua contribuição

Submetido a

Texto & Contexto Enfermagem

ID do manuscrito

TCE-2026-0003

Título

AVALIAÇÃO DA CONTINUIDADE E DO POSICIONAMENTO AO ULTRASSOM DO DISPOSITIVO
INTRAUTERINO PÓS-PLACENTÁRIO

AVALIAÇÃO DA CONTINUIDADE E DO POSICIONAMENTO AO ULTRASSOM DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO PÓS-PLACENTÁRIO

Resumo

Objetivo: Avaliar as taxas de continuidade, expulsão e retirada do dispositivo intrauterino de cobre inserido no período pós-parto imediato, bem como seu posicionamento ao ultrassom, até seis meses após a inserção, comparando os desfechos segundo o tipo de parto (vaginal ou cesárea). **Método:** Estudo transversal para identificação das puérperas que inseriram o método pós-parto em 2024, seguido de acompanhamento longitudinal prospectivo das mulheres que retornaram para revisão ambulatorial em até seis meses pós-parto. Os dados do acompanhamento foram inseridos em um banco pré-existente dos partos. As associações entre os desfechos e a via de parto foram avaliadas por meio do teste qui-quadrado de Pearson e da razão de prevalência, adotando-se $p < 0,05$ de um teste bicaudal. **Resultados:** Das 244 mulheres que inseriram o dispositivo intrauterino no pós-parto imediato, 157 (64,3%) compareceram à consulta de revisão. Entre as que retornaram, 10 (6,4%) apresentaram expulsão do dispositivo e 40 (25,5%) realizaram retirada, sendo 38 por mal posicionamento identificado à ultrassonografia e 2 a pedido da paciente. Considerando os casos de expulsão ou retirada por mal posicionamento ($n=48$), 27 mulheres (56,3%) optaram pela reinserção do método. A ultrassonografia foi realizada em 91,1% das participantes avaliadas, demonstrando posicionamento adequado do DIU em 73,4% dos exames. A retirada e o mal posicionamento foram significativamente mais frequentes após parto vaginal, com maior prevalência de retirada do método em comparação à cesariana (RP = 1,81; IC_{95%}: 1,12–5,23; $p = 0,022$) e maior frequência de mal posicionamento ao ultrassom (41,0% vs. 21,1%; RP = 1,93; IC_{95%}: 1,14–3,29; $p = 0,017$). Ao final do acompanhamento, a taxa de continuidade do método foi de 85,4% entre as pacientes que retornaram para revisão ambulatorial, incluindo-se as recolocações efetuadas durante essa consulta. **Conclusão:** Embora as taxas de continuidade e posicionamento adequado do dispositivo intrauterino pós-parto sejam elevadas, é fundamental incentivar o acompanhamento ambulatorial para a identificação e o manejo oportuno de intercorrências, visto que, apesar de seguro, eficaz e de longa duração, o método requer seguimento periódico.

Palavras-chave: Período Pós-Parto. Anticoncepção. Dispositivos Intrauterinos de Cobre. Ultrassonografia. Estudos Longitudinais.

Introdução

O planejamento familiar é um componente essencial da saúde pública e reprodutiva. Ele permite que indivíduos e casais decidam, livre e responsabilmente, sobre o número de filhos que desejam ter e o intervalo entre as gestações.^{1,2} Dados recentes do Fundo Populacional das Nações Unidas,³ demonstram que 50% das gestações no mundo não são planejadas. No Brasil, estudos indicam que a prevalência de gestações não planejadas varia entre 54% e 68% em diferentes regiões.⁴⁻⁶ A literatura indica que a falta de informação adequada e o uso inconsistente de métodos contraceptivos são fatores importantes na ocorrência de gestações indesejadas.⁷

O puerpério é uma fase crítica do ciclo gravídico-puerperal, que se inicia com a expulsão da placenta e perdura até aproximadamente seis a oito semanas.⁸ A consulta puerperal, é crucial para detectar e prevenir riscos à saúde materna, promover hábitos saudáveis e orientar anticoncepção. Entretanto, evidências nacionais apontam baixa frequência da revisão puerperal, com prevalência variando de 34,7% a 53%,^{9,10} especialmente entre mulheres com menor renda e escolaridade e usuárias da rede pública de saúde.¹¹ Assim, o DIU de cobre apresenta-se como uma estratégia contraceptiva oportuna no pós-parto imediato, por ser um método seguro, de longa duração, reversível, altamente eficaz e que não interfere na amamentação.³

Na literatura, o DIU pós-placentário apresenta uma taxa de continuidade de 55,6% a 74,8% em 6 meses e 48,3% a 86,1% em 1 ano. A taxa de expulsão varia de 1,7% a 38,1% no período de 1 ano, sendo maior nos DIUs inseridos após o parto vaginal. Já a taxa de remoção do método em até 1 ano variou de 3% a 23%, sendo os motivos mais citados para tal, sangramento e dor. Quanto ao mal posicionamento do DIU-PP na avaliação por ultrassonografia, estudos que realizaram o exame após 6 meses encontraram taxas entre 15,4 e 30%.¹²⁻²⁶

Diante da elevada ocorrência de gestações não planejadas e limitações no acesso e adesão às ações de planejamento familiar no período puerperal, ressalta-se a importância de estratégias que assegurem oferta oportuna de métodos contraceptivos

eficazes. Estudos ressaltam que a disponibilização de métodos de longa duração é o elemento central para a efetividade do planejamento familiar, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social.¹ O DIU de cobre se destaca como método seguro e eficaz no pós-parto imediato. Entretanto, apesar das recomendações da importância do acompanhamento puerperal e do seguimento das usuárias do método, persistem taxas relevantes de expulsão e remoção, além de dificuldades no retorno para avaliação pós-inserção, particularmente no âmbito do sistema público de saúde.^{8,9,25} Sendo assim, este estudo objetiva avaliar as taxas de expulsão e remoção do DIU-PP, bem como o posicionamento do dispositivo ao ultrassom, até seis meses após a inserção.

Metodologia

O estudo foi realizado em Rio Grande, cidade mais antiga do Rio Grande do Sul/Brasil, localizada no extremo sul do estado, com uma população de 191.900 habitantes, sendo que cerca de 100.222 (52,2%) são do sexo feminino, estando 54.836 delas em idade fértil.²⁷ Sua economia está baseada no comércio local, na atividade agropecuária e no escoamento de parte da produção do Rio Grande do Sul por meio do maior acesso portuário do estado, o Porto de Rio Grande. A cidade possui três hospitais, onde são realizados atendimentos obstétricos pelo SUS, convênios e particulares.

Esta proposta de trabalho foi realizada com os dados obtidos através da sexta edição do Estudo Perinatal, que coletou informações de todos os nascimentos ocorridos entre 01 de janeiro e 31 de dezembro de 2024 nos três hospitais do município. Na primeira parte da pesquisa, foi utilizado delineamento transversal (de prevalência) censitário, com as mães sendo abordadas ainda na maternidade, em até 48 horas após o parto. A segunda fase do estudo foi realizada por um acompanhamento prospectivo longitudinal que incluiu todas as mulheres que retornaram para revisão do DIU-PP no ambulatório do HU/FURG, no período de 6 meses pós-parto, através de análise dos prontuários. Foram incluídas as puérperas que seu recém-nascido tivesse peso igual ou superior a 500 gramas e/ou pelo menos 20 semanas de gestação. Foram excluídas participantes que apresentavam limitação que comprometesse a compreensão e a capacidade de responder as perguntas. As entrevistadoras percorriam diariamente os três hospitais do município e buscavam, nos livros de registro de nascimentos, os partos

realizados no dia anterior. Após identificar as puérperas elegíveis para o estudo, era lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, em caso de concordância, o questionário era aplicado. Na alta hospitalar, todas as pacientes que inseriram o DIU no pós-parto foram encaminhadas para acompanhamento ambulatorial no serviço de DIU-PP do Hospital Universitário da FURG/EBSERH. As mulheres eram orientadas a agendar essa revisão dentro de 45 dias, quando eram realizadas anamnese, exame ginecológico e ultrassonografia transvaginal (UST). A busca das mulheres que inseriram DIU-PP e retornaram para revisão foi realizada por meio dos dados contidos em seus prontuários médicos, em formatos físico e eletrônico.

Os dados do acompanhamento do DIU-PP foram inseridos no banco pré-existente do Estudo perinatal de 2024. Em seguida, realizou-se a categorização e criação de variáveis derivadas. Para considerar a inserção do DIU-PP, foi utilizada a resposta SIM à pergunta “Agora, neste parto, foi colocado DIU?”. Para a avaliação da expulsão do DIU, considerou-se o relato da mulher, associado à não visualização do fio do DIU ao exame especular e à não identificação do dispositivo pela UST. A retirada e a recolocação encontravam-se relatadas em prontuário médio. Por fim, o mal posicionamento ao exame de UST foi considerado quando partes do DIU se encontravam no orifício interno do colo.

Após a análise das frequências, foi realizada a comparação das variáveis sociodemográficas e obstétricas entre as mulheres que retornaram e não retornaram ao serviço. Para análise da associação entre expulsão, retirada, recolocação, mal posicionamento do DIU-PP no exame de ultrassonografia, e presença de fio do DIU-PP visível em relação à via de parto, foi utilizada a análise bivariada, com cálculo da razão de prevalência, intervalo de confiança e teste do qui-quadrado de Pearson, adotando-se o valor $p < 0,05$ no programa Stata 15.0. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, com número de parecer 5.849.082/2023 e CAAE 65063722.9.0000.5324.

Resultados

Das 244 mulheres que colocaram o DIU-PP em 2024, 157 (64,3%) retornaram para revisão do dispositivo. A média de idade das puérperas foi de 26,56 anos (DP±6,38), 66,4% se autodeclararam brancas, 80,3% possuíam companheiro, e 78,3%

tinham estudado 12 anos ou menos. Em relação às características obstétricas, 59,8% tinham dois ou mais partos prévios; 82,8% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre; 87,1% realizaram 6 ou mais consultas, e 70,9% tiveram cesárea (tabela 1). Não houve diferença estatística em relação a idade ($p=0,554$), a presença de companheiro ($p=0,295$), escolaridade ($p=0,528$), paridade ($p=0,422$) e tipo de parto ($p=0,699$) entre as pacientes que retornaram e as que não retornaram para revisão (tabela 2).

Tabela 1 – Descrição da amostra da avaliação de expulsão e posicionamento ao ultrassom do dispositivo intrauterino pós-placentário (244)

Variáveis	Número	%
Idade materna (anos)		
≤ 25	120	49,2
≥ 26	124	50,8
Cor da pele		
Branca	162	66,4
Parda/Preta	82	33,6
Tem companheiro		
Sim	196	80,3
Não	48	19,7
Escolaridade materna (anos completos)		
≤ 12	191	78,3
≥ 13	53	21,7
Paridade		
Primípara	98	40,2
Múltipara	146	59,8
Trimestre de início do PN		
Primeiro	193	82,8
Segundo ou terceiro	40	17,2
Número de consultas realizadas		
6 ou mais	210	87,1
1 a 5	31	12,9
Tipo de serviço onde realizou pré-natal		
Convênio/Privado	40	17,0
Público	196	83,0
Tipo de parto		
Vaginal	71	29,1
Cesariana	173	70,9

Fonte: dados coletados pelos autores, 2025.

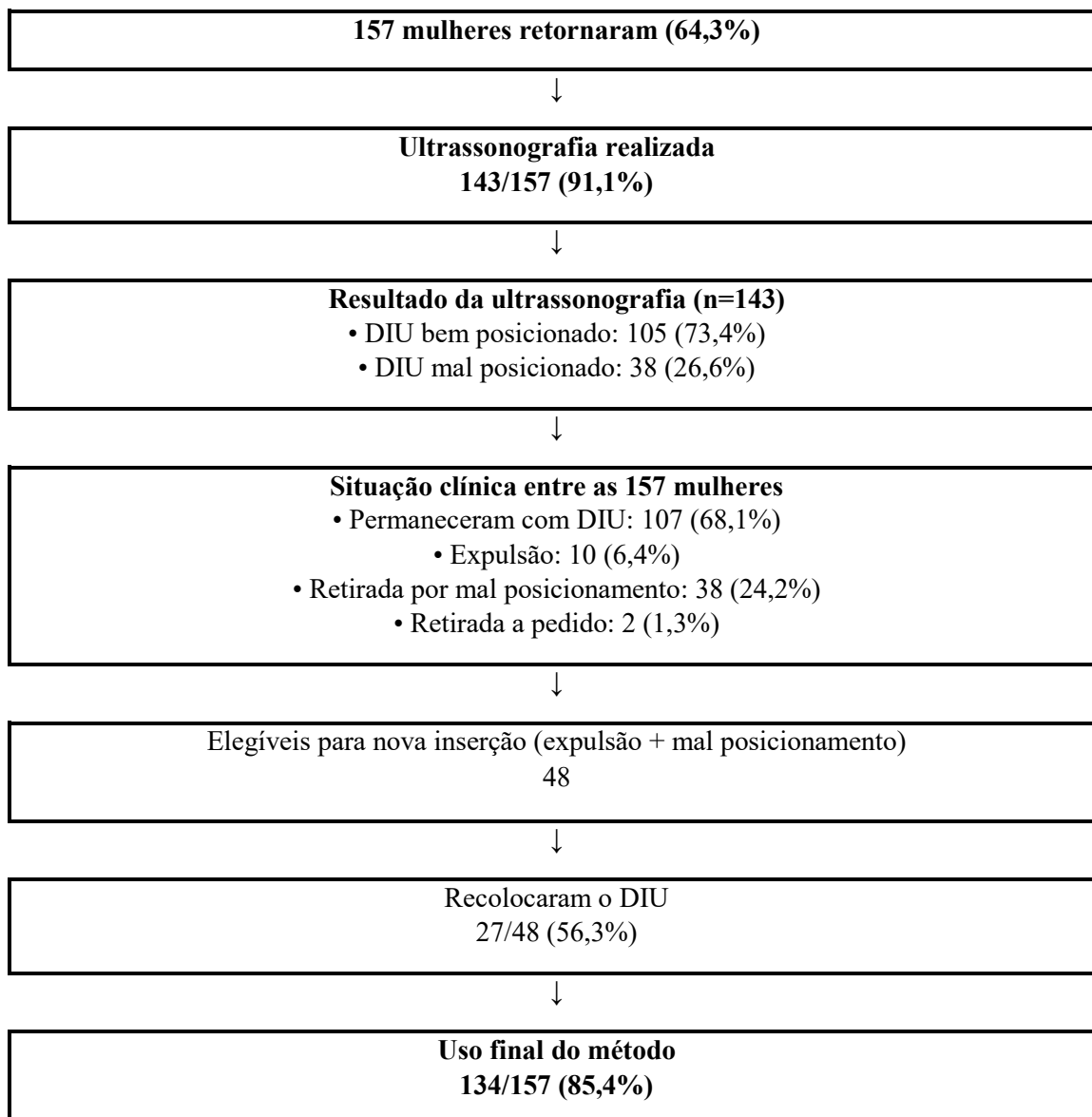
Tabela 2 – Distribuição das características das puérperas segundo o retorno à consulta de revisão ambulatorial (244)

Variáveis	Retornaram à revisão n (%)	Não retornaram n (%)	p-valor
Idade materna (anos)			0,554
< 25	75 (47,77)	45 (51,72)	
≥26	82 (52,23)	42 (48,28)	
Tem companheiro			0,295
Sim	123 (78,34)	73 (83,91)	
Não	34 (21,66)	14 (16,09)	
Escolaridade			0,528
≤ 12	124 (78,98)	67 (77,01)	
≥13	33 (21,02)	20 (22,99)	
Paridade			0,422
Primípara	66 (42,04)	32 (36,78)	
Múltipara	91 (57,96)	55 (63,22)	
Tipo de parto			0,699
Vaginal	47 (29,94)	24 (27,59)	
Cesárea	110 (70,06)	63 (72,41)	

Fonte: dados coletados pelos autores, 2025

Das 157 mulheres que retornaram, 107 (68,1%) permaneciam com o DIU, 10 (6,4%) tinham expulsado o dispositivo, 38 (24,2%) o retiraram por estar mal posicionado no UST e 2 (1,3%) solicitaram a retirada. A ultrassonografia foi realizada por 143/157 (91,1%) das mulheres e 105/143 (73,4%) tinham o dispositivo bem-posicionado. Entre as pacientes que expulsaram e as que retiraram por estar mal posicionado ao UST, mais da metade 27/48 (56,3%) recolocaram o DIU (figura 1).

Figura 1 - Fluxo de acompanhamento das mulheres que retornaram para avaliação após inserção do DIU-PP, incluindo avaliação ultrassonográfica, desfechos relacionados à posição do dispositivo, recolocação e taxa final de uso do método.



Na tabela 3 observamos que a expulsão do DIU-PP foi maior entre as pacientes que realizaram parto vaginal 5/47 (10,6%) vs 5/110 (4,5%) das que realizara cesárea, mas não foi significativo ($p=0,152$). No entanto, as mulheres que inseriram o dispositivo após o parto vaginal tiveram uma prevalência de retirada do método 8 vezes maior do

que as que inseriram na cesárea (RP: 1,81; IC_{95%}: 1,12 – 5,23; p=0,022). Também vemos que as pacientes que colocaram o DIU após o parto vaginal apresentaram este mais mal posicionado ao UST 41% vs 21,1% do que as que colocaram após a cesárea (RP: 1,93; IC_{95%}: 1,14 – 3,29; p=0,017). Em relação ao fio do DIU, esse foi visualizado no exame especular em 65,3% das mulheres examinadas, sendo mais visível entre aquelas que tiveram inserção após parto vaginal (85,7%) em relação às que tiveram inserção durante a cesariana (57,1%) (RP: 1,50; IC_{95%}: 1,22 – 1,84; p=0,001).

Tabela 3 -Análise da expulsão, retirada, recolocação e posição do DIU-PP ao UST e visibilidade do fio do estudo da avaliação da expulsão e do posicionamento ao ultrassom do dispositivo intrauterino pós-placentário (157)

Variáveis	Cesária N %	Vaginal N %	p-valor RP (IC _{95%})
Expulsão (157)			0,152
Sim	5 (4,5)	5 (10,6)	1,75 (0,89-3,42)
Não	105 (95,5)	42 (89,4)	1,0
Retirada (147)			0,022
Sim	23 (21,9)	17 (40,5)	1,81 (1,12 – 5,23)
Não	82 (78,1)	25 (59,5)	1,0
Recolocação (50)			0,522
Sim	14 (50)	13 (59,1)	1,23 (0,64 – 2,33)
Não	14 (50)	9 (40,9)	1,0
Posição ao Ultrassom			0,017
Correto	82 (78,8)	23 (59)	1,93 (1,14 – 3,29)
Mal posicionado	22 (21,2)	16 (41)	1,0
Fio do DIU visível			0,001
Sim	60 (57,1)	36 (85,7)	1,50 (1,22 – 1,84)
Não	45 (42,9)	6 (14,3)	1,0

Fonte: dados coletados pelos autores, 2025.

Por fim, entre as pacientes que retornaram para a consulta de revisão (n=157), as queixas mais referidas foram: corrimento 18,5%, sangramento 14,8%, dispareunia 10,3% e cólicas 4,5%. Ao final do acompanhamento a taxa de uso do método foi de 134/157 (85,4%).

Discussão

Neste estudo, 64,3% das puérperas retornaram para consulta de revisão do DIU-PP dentro do período de até seis meses, não sendo observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos conforme a via de parto (parto vaginal versus cesariana). Esse achado é relevante por demonstrar que a estratégia de inserção do DIU-PP pode ser aplicada de forma equitativa, sem prejuízo no seguimento conforme a via de parto, fortalecendo sua implementação como política pública de planejamento reprodutivo. Resultados semelhantes foram encontrados na literatura, com taxas de acompanhamento variando entre 62% e 82%.^{18-20,26} Na Pensilvânia (EUA), pesquisa que acompanhou 111 mulheres submetidas à inserção de DIU-PP durante seis meses observou uma taxa de retorno de 62,2%.¹⁸ De forma semelhante, estudo realizado em Fortaleza identificou taxa de acompanhamento de 82,2% (130/158).¹⁹ Apesar da taxa de retorno ser semelhante a outros estudos, chama atenção que mesmo recebendo orientações sobre a importância do retorno ainda durante a internação obstétrica, pouco mais da metade das pacientes realizaram a revisão. No encaminhamento para o ambulatório de seguimento, foi ressaltado que, além da consulta, seria realizada ecografia de controle no mesmo momento, e, ainda assim, não se observou uma adesão consistente. Torna-se fundamental reforçar, no momento da alta, a importância do retorno para revisão do DIU-PP, considerando as maiores taxas de expulsão e mal posicionamento nesse período. A baixa adesão pode estar relacionada a barreiras de acesso, sobrecarga materna no puerpério e limitações socioeconômicas. Estratégias como agendamento da consulta ainda durante a internação, lembretes telefônicos ou por aplicativos de mensagem, articulação com a atenção primária para acompanhamento mais próximo e integração da revisão do DIU à consulta puerperal de rotina podem contribuir para melhorar as taxas de retorno.

Conforme mencionado anteriormente, a taxa de expulsão do dispositivo nesta pesquisa foi de 6,4%, similar a outros estudos^{16,18,21}, configurando uma taxa reduzida e clinicamente aceitável. No Sri Lanka, estudo com 470 mulheres apresentou uma taxa de expulsão de 6,7%.¹⁶ Em contrapartida, diversos estudos no Brasil apresentaram taxas mais altas, entre 24% e 38%.^{15,20,24} Também, na Pensilvânia (EUA), um estudo com 200 mulheres encontrou, em seis meses de acompanhamento, taxa de expulsão de 24%.¹³ Essas discrepâncias podem ser atribuídas a diferenças nos protocolos de inserção, no momento do procedimento, na experiência dos profissionais, no tipo de dispositivo utilizado e nos critérios de acompanhamento pós-parto, fatores reconhecidamente associados ao risco de expulsão. Além disso, a padronização da técnica de inserção e o

treinamento da equipe assistencial têm sido apontados como elementos-chave para a redução das taxas de expulsão. No presente estudo, não observamos evidência de diferença estatisticamente significativa nas taxas de expulsão entre partos vaginais e cesarianas, achado que reforça a segurança da inserção imediata do DIU no pós-parto, independentemente da via de parto; porém isto pode ser devido ao baixo poder da amostra do estudo.

Embora a taxa de expulsão não tenha apresentado diferença estatística no presente estudo, o mal posicionamento do DIU foi significativamente maior nas pacientes que o inseriram após parto vaginal do que aquelas que colocaram na cesárea. A ultrassonografia de controle foi realizada na grande maioria das mulheres que compareceram à consulta de acompanhamento e, em 26,6% dos casos, o dispositivo encontrava-se mal posicionado. Resultado semelhante foi descrito por Gurney et al., 2020, que avaliou 111 mulheres e observou uma taxa de 30% de mal posicionamento do DIU-PP.¹⁸ Em outros estudos que realizaram o exame de ultrassonografia para avaliar a localização do DIU, as taxas de mal posicionamento variaram entre 2,5% e 45%.^{12,13,18-20,23} Dois estudos realizados na Índia apresentaram resultados extremos: Chawla et al.¹² encontraram 45% dos dispositivos mal posicionados no terceiro dia pós-parto, enquanto Dorairajan et al.²³ observaram taxa de 2,5% ao final de três meses de seguimento. A ampla variação dessas taxas pode estar relacionada a diferenças nos critérios diagnósticos, no momento de realização do exame e na experiência do examinador. Dessa forma, torna-se necessário um estudo que padronize o momento para realização do UST e os critérios de avaliação do DIU-PP, para que se possa medir com mais fidedignidade as taxas de mal posicionamento do dispositivo e a influência da via de parto.

Apesar da ocorrência de expulsão e mal posicionamento do DIU na revisão, mais da metade das mulheres solicitaram a recolocação do método no momento da consulta de revisão. Nenhuma pesquisa que avaliasse a recolocação do dispositivo, nesse momento, foi encontrada na literatura. No entanto, esse estudo demonstra a boa aceitação das mulheres em usar o método, mesmo quando a experiência da colocação no parto não foi satisfatória. Ressalta-se, portanto, a importância de que os serviços considerem a oferta sistemática de recolocação do DIU às mulheres durante a consulta de revisão do DIU-PP, como estratégia para ampliar a continuidade do uso do método.

Além da expulsão e do posicionamento do dispositivo foi avaliada a presença do fio do DIU-PP no exame especular, com visualização em 65,3% dos exames, sendo significativamente mais frequente nos DIUs colocados após o parto vaginal 85,7% versus 57,1% na cesárea. Esses achados contrastam com resultados encontrados na literatura. Estudos realizados nos Estados Unidos, relataram taxas de visualização do fio consideravelmente menores, de 23,5% no parto e 25% na cesárea.^{13,18} De forma semelhante, estudo brasileiro conduzido por De Albuquerque et al.¹⁹ encontrou apenas 29,1% de fios visíveis após inserção do DIU-PP na cesárea. As diferenças observadas podem estar relacionadas a variações na técnica de inserção, no momento do seguimento e nas características obstétricas das populações estudadas. Além disso, como evidenciado no atual estudo, a via de parto e, por conseguinte, a via de colocação do DIU podem influenciar na visualização do fio.

Por fim, a pesquisa avaliou as principais queixas relatadas pelas pacientes no momento da consulta de revisão. E em consonância com resultados descritos em outros estudos da literatura, os efeitos colaterais mais citados foram: corrimento, alterações de padrão no sangramento e dor.^{12,17,21,22,26} Para facilitar a tolerância a esses sintomas, é fundamental orientar previamente sobre sua possível ocorrência e formas de manejo, destacando que muitos desaparecem após alguns meses de uso do dispositivo. Informações claras sobre os efeitos esperados e seu controle podem contribuir para a continuidade do método.

No contexto geral, os achados deste estudo reforçam que o seguimento é determinante para a efetividade do método no período pós-parto. Ao final de seis meses de acompanhamento, além das mulheres que mantiveram o uso do dispositivo, tivemos o acréscimo daquelas optaram pela recolocação durante a consulta de retorno. No final do processo, a taxa de continuidade do método foi de 85,4%. Estudos mostram taxas de 55,6% a 74,8% no mesmo período, com maior variabilidade, entre 48,3% e 86,1% no período de 1 ano.^{14,16-22,26} Esses resultados evidenciam que o retorno ambulatorial permite a identificação e o manejo oportuno de intercorrências, contribuindo para maiores taxas de continuidade e consolidando o DIU-PP como método eficaz no cuidado reprodutivo.

A principal limitação deste estudo é a perda de seguimento, uma vez que cerca de um terço das puérperas não compareceu à consulta de revisão, o que pode ter influenciado a estimativa real de expulsão, mal posicionamento e continuidade do método. Por outro

lado, o estudo apresenta pontos fortes, como o seguimento sistematizado das pacientes com avaliação clínica e ultrassonográfica, a comparação entre vias de parto e a análise de desfechos relevantes para a prática clínica, como expulsão, posicionamento do dispositivo, visualização do fio e continuidade do método. Além disso, o acompanhamento permitiu a recolocação do DIU. Estudos futuros multicêntricos, com amostras maiores e seguimento prolongado são necessários para confirmar esses achados e avaliar estratégias que otimizem a inserção e a melhora da continuidade do método no período pós-parto.

Conclusão

O estudo evidenciou que a taxa de retorno para acompanhamento em até seis meses foi semelhante à descrita na literatura; porém, ainda há necessidade de fortalecer estratégias que ampliem a adesão à consulta para revisão do DIU-PP. Embora tenham sido observadas intercorrências como expulsão e mal posicionamento do dispositivo, especialmente após o parto vaginal, o seguimento puerperal possibilitou a identificação precoce desses eventos e o manejo oportuno, incluindo a recolocação do método. Sendo assim, a realização da avaliação ultrassonográfica mostrou-se um recurso importante, subsidiando decisões clínicas e ampliando a segurança do método. Por fim, observou-se uma elevada taxa de continuidade do método, superior à relatada em muitos estudos, destacando-se a importância do acompanhamento ambulatorial e da possibilidade de reinserção do dispositivo para a manutenção do uso contraceptivo. Esses achados reforçam o DIU como uma estratégia contraceptiva viável no pós-parto imediato, com excelente aceitação.

REFERÊNCIAS

1. Gadelha GGRS, et al. Family planning and reproductive health: prevention of unplanned pregnancies. **Braz J Implantol Health Sci.** 2025;7(3):2135-2152. doi:10.36557/2674-8169.2025v7n3p2135-2152.

2. World Health Organization. Family planning/contraception methods [Internet]. Geneva: WHO; 2025 Jul 3 [cited 2025 Dec 18]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
3. United Nations Population Fund. Demystifying the IUD: booklet for health professionals [Internet]. Brasília (DF): UNFPA; 2022 [cited 2024 Aug 11]. Available from: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/cartilha-desmistificando-o-diu-paraprofissionais-de-saude>
4. Nilson TV, et al. Unplanned pregnancy in Brazil: national study in eight university hospitals. **Rev Saude Publica**. 2023;57:35.
5. Lelis CDF, Prietsch SOM, Cesar JA. Unplanned pregnancy in Southern Brazil: prevalence, trends and associated factors. **Cien Saude Colet**. 2024;29(5):e11122023.
6. Gallardo-Alvarado N, et al. Unplanned pregnancy in the state of São Paulo: profile analysis and social impacts. **Eur J Contracept Reprod Health Care**. 2025. Available from: <https://www.cemicamp.org.br/estudo-do-cemicamp-revela-que-65-das-gestacoes-em-sao-paulo-nao-sao-planejadas-maior-indice-da-historia/>
7. Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Associations. Lack of information and incorrect use of contraceptive methods directly impact family planning [Internet]. São Paulo: FEBRASGO; 2024 Sep 26 [cited 2025 Dec 18]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1946-falta-de-informacao-e-uso-incorreto-de-metodos-anticoncepcionais-tem-impacto-direto-no-planejamento-familiar>
8. Rio Grande do Sul State Health Department. Prenatal and puerperium care guide in Primary Health Care (PHC) [Internet]. Porto Alegre: State Health Department; 2024 [cited 2025 Feb 3]. Available from: <https://atencaprimaria.rs.gov.br/guia-do-prenatal-e-puerperio-na-atencaprimaria-a-saude-aps-2024>
9. Pinto IR, et al. Adherence to the postpartum consultation: facilitators and barriers. **Esc Anna Nery**. 2021;25(2):e20200249.
10. Baratieri T, et al. Longitudinality of care: factors associated with adherence to postpartum consultation according to PMAQ-AB data. **Cad Saude Publica**. 2022;38(3):e00103221.
11. Gonçalves CS, et al. Frequency and associated factors with failure to perform the puerperal consultation in a cohort study. **Rev Bras Saude Mater Infant**. 2019;19(1):63-70.
12. Chawla D, et al. Ultrasound-guided detection of position of postpartum intrauterine contraceptive device and its relation to complications. **Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol**. 2017;6(9):4035.
13. Gurney EP, et al. Six-month expulsion of postplacental copper intrauterine devices placed after vaginal delivery. **Am J Obstet Gynecol**. 2018;219(2):183.e1-183.e9.
14. Jain R, Sharma M, Gupta S. Acceptance, safety and complications of postpartum intrauterine contraceptive device: a prospective study in a tertiary care hospital. **Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol**. 2019;8(5):1916.
15. Hochmuller JT, et al. Expulsion rate of intrauterine device: mediate vs immediate puerperium period. **J Turk Ger Gynecol Assoc**. 2020;21(3):143-149.
16. Dasanayake DLW, Patabendige M, Amarasinghe Y. Single-center experience on implementation of the postpartum intrauterine device in Sri Lanka: a retrospective study. **BMC Res Notes**. 2020;13:204.
17. Vijayalakshmi G, et al. A prospective interventional study of intra-caesarean copper intrauterine contraceptive device insertion. **Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol**. 2020;9(4):1470.

18. Gurney EP, et al. Ultrasound assessment of postplacental copper intrauterine device position 6 months after placement during cesarean delivery. **Contraception X**. 2020;2:100040.
19. de Albuquerque CU, et al. Continuation and satisfaction with intrauterine copper device inserted during caesarean delivery. **Eur J Contracept Reprod Health Care**. 2021;26(6):486-490.
20. Nahas G, et al. Immediate postpartum insertion of copper intrauterine device in a Brazilian university hospital: expulsion and continuation rates. **RBGO Gynecol Obstet**. 2023;45(1):31-37.
21. Gupta S, et al. Correlates of postpartum intrauterine copper-T device acceptance and retention: an observational study from North India. **Contracept Reprod Med**. 2023;8:25.
22. Rwegoshora FJ, et al. A one-year cohort study of complications, continuation, and failure rates of postpartum TCU380A in Tanzania. **Reprod Health**. 2020;17:150.
23. Dorairajan G, Ashok VM, Veena P. Effect of timing of postpartum intrauterine contraceptive device insertion on expulsion rates. **Indian J Med Res**. 2023;157(4):322-329.
24. Makino MK, et al. Efficacy of long-acting contraceptive methods: copper intrauterine device in women in the immediate puerperium. **Braz J Surg Clin Res**. 2023;45(2):13-17.
25. Paes CDQ, Fadel APM, Campos ACA. Follow-up after copper intrauterine device insertion in the immediate postpartum period. **Rev Electronica Acervo Cient**. 2024;47:e12716.
26. Srivastava A, et al. One-year continuation of postpartum intrauterine contraceptive device: findings from a prospective cohort study in India. **PLoS One**. 2024;19(6):e0304120. doi:10.1371/journal.pone.0304120.
27. Brazilian Institute of Geography and Statistics. Rio Grande (RS): municipality overview [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [cited 2024 Dec 3]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/rio-grande.html>

APÊNDICES

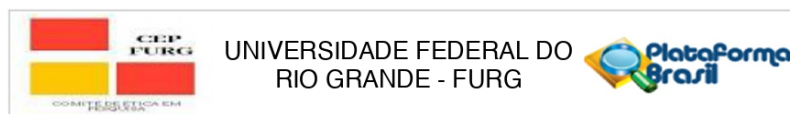
APÊNDICE A: Quadro de Revisão com o Resumo dos Artigos Selecionados

Descrição	Amostra	Delineamento	Objetivo	Resultados
BLUMENTHAL et al, 2016. Zambia Programmatic experience of post-partum IUD use in Zambia: na observational study on continuation and satisfaction.	591 mulheres	Observacional prospectivo	Avaliar as taxas de continuação após 12 meses e causas da retirada do DIU-PP	- 51,6% mantiveram acompanhamento - Taxa de continuidade de 91,4% - Taxa de expulsão foi de 5,6% - 3% realizaram a retirada e os motivos mais citados foram: dor, sangramento, oposição do marido e desejo de nova gestação
CHAWLA et al, 2017. India Ultrasound guided detection of position of post partum intra uterine contraceptive device and its relation to complications.	200 mulheres	Prospectivo analítico	Estudar a localização por ultrassom do DIU-PP, queixas, taxa de expulsão em 6 meses	- Mal posicionamento ao ultrassom no 3º dia: 45%, sendo significativamente maior (62%) no parto vaginal. - Maior queixa em 6 semanas foi dor (50%) - Taxa de expulsão 1,72%
KUMAR et al, 2018. India One-year continuation of postpartum intrauterine contraceptive device: Findings from a prospective cohort study in India.	1200 mulheres	Coorte prospectivo	Estimar as taxas de continuação do DIU-PP após 1 ano	- 70,3% mantiveram acompanhamento - Taxa de continuidade 62,8% - Taxa de expulsão 7,5% - Taxa de retirada 19,3% por sangramento, dor ou corrimento
GURNEY et al, 2018. Estados Unidos Six-month expulsion of postplacental copper intrauterine devices placed after vaginal delivery.	200 mulheres	Observacional prospectivo	Determinar a proporção de DIUs-PP expelidos, mal posicionados e continuados, até 6 meses pós-parto.	- 74,5% retornaram para avaliação em 6 semanas e 81% em 6 meses - 23,5% tinham fio visível em 6 semanas e, após 6 meses: - Taxa de continuidade 55,6% - Taxa de expulsão foi 24% - Mal posicionados eram 15,4%
JAIN et al, 2019. India Acceptance, safety and complications of postpartum intra uterine contraceptive device: a prospective study in tertiary care hospital.	1253 mulheres	Observacional prospectivo	Avaliar a taxa de continuidade do DIU-PP e complicações após 12 meses.	- 51,8% mantiveram acompanhamento - Taxa de continuidade 85,5% - Taxa de expulsão 5,5% - Taxa de remoção 14,5% por sangramento, dor ou DIU mal posicionado
HOCHMULLER et al, 2020.	322	Observacional	Avaliar a taxa de expulsão do	- 52,7% mantiveram acompanhamento

Brasil Expulsion rate of intra uterine device: mediate vs. immediate puerperium period.	mulheres	prospectivo	DIU-PP imediato em 60 dias, e se o tipo de parto é preditor de expulsão	- Taxa de expulsão de 28,8% - Dentre as que expulsaram, 79,6% foram DIUs inseridos pós-parto vaginal, mostrando que o tipo de parto foi fator preditor significativo para expulsão do DIU (p<0,0001)
DASANAYAKE et al, 2020. Sri Lanka Single center experience on implementation of the postpartum intrauterine device (PPIUD) in Sri Lanka: a retrospective study.	470 mulheres	Observacional retrospectivo	Avaliar a inserção do DIU-PP e taxa de continuidade	- 25% mantiveram acompanhamento em 1 ano - Taxa de continuidade 79,8% - Taxa de expulsão foi 6,7% - Taxa de retirada foi de 6,7%
GURNEY et al, 2020. Estados Unidos Ultrasound assessment of postplacental copper intrauterine device position 6 months after placement during cesarean delivery.	111 mulheres	Observacional prospectivo	Avaliar a posição ultrassonográfica de DIUs de cobre 6 meses após a inserção durante o parto cesáreo	- 46% retornaram para controle em 6 semanas e 62,2% em 6 meses - 75% dos fios não visualizados em 6 semanas. Já em 6 meses: - 30% DIU mal posicionados - Taxa de expulsão foi de 7% - Taxa de retirada foi de 3%
VIJAYALAKSHMI et al, 2020. India A prospective interventional study of intra-caesarean copper intrauterine contraceptive devices insertion in a teaching hospital in a rural medical college in Telangana, India.	60 mulheres	Prospectivo intervencionista	Avaliar as taxas de continuidade do DIU-PP, queixas, visualização do fio e posição ao ultrassom em 1 ano pós cesárea	- Taxa de continuidade em 1 ano foi de 48,3% - 30% das pacientes apresentaram queixas, sendo as mais comuns: sangramento irregular e leucorreia - Taxa de remoção foi de 23% - 47% apresentavam fios visíveis após 1 ano
RWEGOSHORA et al, 2020. Tanzânia A one-year cohort study of complications, continuation, and failure rates of postpartum TCU380A in Tanzania.	1114 mulheres	Coorte prospectivo	Avaliar a taxa de continuidade do DIU-PP após 1 ano (contato telefone)	- 45,8% das mulheres completaram 1 ano de acompanhamento - Taxa de continuidade foi de 86,1% - Taxa de expulsão foi de 2,1% - Causas da descontinuidade: sangramento irregular, dor
DE ALBUQUERQUE et al, 2021. Brasil Continuation and satisfaction with intrauterine copper device inserted during caesarean delivery.	158 mulheres	Observacional prospectivo	Avaliar a continuidade e satisfação de mulheres que colocaram DIU de cobre durante o parto cesáreo	- Contato com 82,2% pacientes ao final de 6 meses - Taxa de continuidade 92% em 6 semanas e 71,5% em 6 meses - Taxa de mal posicionamento na ultrassonografia foi de 5% após 6 semanas, e fio visível em 29,1% das pacientes
NAHAS et al, 2023. Brasil Immediate postpartum insertion of copper	352 mulheres	Coorte	Avaliar as taxas de expulsão e continuação do DIU-PP	- Após 6 semanas: 65% dos DIUs estavam bem posicionados, 8,5% foi a taxa de expulsão e 10,8% a taxa de DIUs mal posicionados - Após 6 meses: 243 mulheres retornaram, com uma taxa de

intrauterine device in a Brazilian University Hospital: expulsion and continuation rates.				continuidade de 74,4% e taxa de expulsão de 25,6% - Taxa de expulsão foi maior nos partos vaginais 68,4%
GUPTA et al, 2023. Índia Correlates of post-partum intra-uterine copper-T devices (PPIUCD) acceptance and retention: an observational study from North India.	180 mulheres	Observacional prospectivo	Avaliar taxa de continuidade após 6 meses do DIU-PP e causas da descontinuidade	-85% das pacientes mantiveram acompanhamento em 3 e 6 meses - Taxa de retenção em 6 meses 65,6% -Taxa de expulsão 5,6%. -Taxa de remoção 13,9% - Principal causa da remoção foi sangramento
DORAIRAJAN et al, 2023. Índia Effect of the timing of insertion of postpartum intrauterine contraceptive device (PPIUCD) copper T380A on expulsion rates.	320 mulheres	Comparativo prospectivo	Avaliar as taxas de expulsão e complicações em 6 semanas e 3 meses. Avaliar posicionamento ao ultrassomantes da alta hospitalar	- 48,4% mantiveram acompanhamento -2,5% apresentaram mal posicionamento do ultrassom -Taxa de expulsão foi de 5% no grupo de inserção imediata e 3,75% no de inserção precoce (OR 0,75; IC _{95%} : 0,266-2,11) - 26% das pacientes precisaram cortar o fio na revisão - Não houve solicitação de remoção
MAKINO et al, 2023. Brasil Efficacy of long-acting contraceptive methods – cooper intrauterine device in women in the immediate puerperium in a hospital in Presidente Prudente.	97 mulheres	Coorte retrospectivo	Avaliar as taxas de expulsão do DIU-PP conforme o tipo de parto, com realização de ultrassom 45 dias pós-parto	- Taxa de expulsão foi 38,1% entre as parturientes de cesárea foi de 26,1%, enquanto entre as de parto normal, foi de 49,0% (OR: 2,8; IC _{95%} : 1,19-6,75; P:0,019)
SRIVASTAVA et al, 2024. Índia One-year continuation of postpartum intrauterine contraceptive device: Findings from a prospective cohort study in India.	916 mulheres	Coorte prospectivo	Estimar as taxas de continuação do DIU-PP em 6 semanas, 6 meses e 1 ano	- 79,4% das pacientes mantiveram acompanhamento - Taxa de continuidade de 88,7% em 6 semanas, 74,8% em 6 meses e 60,1% em 1 ano (IC _{95%} : 56,5-63,5) - Maior taxa de expulsão (58,1%) foi encontrada em 6 semanas - Taxa de remoção foi maior (41,6%) no intervalo de 6 meses a 1 ano, devido a sangramento, dor abdominal ou corrimento
PAES et al, 2024. Brasil Follow-up after copper intrauterine contraceptive device insertion in the immediate postpartum period.	363 mulheres	Observacional retrospectivo	Descrever o seguimento em 1 ano, das pacientes que inseriram DIU de cobre no pós-parto imediato	- 44,6% mantiveram acompanhamento - Taxa de continuidade em 1 ano foi 8,2% - 19% solicitaram a remoção do DIU - Principais queixas foram corrimento, dor pélvica e sangramento

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro para os devidos fins que, na presente data, fui convidada a participar de um estudo científico denominado “Evolução da assistência à gestação e ao parto no município de Rio Grande, RS: inquérito perinatal de 2024”, que tem como objetivo conhecer indicadores relacionados ao pré-natal e parto no município de Rio Grande, RS.

Fui informada que este estudo é de responsabilidade do professor **Juraci A. Cesar** da **Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande (FURG)**. Em caso de dúvida, os responsáveis da pesquisa poderão ser contatados por meio dos telefones 3237-3846, WhatsApp 9.8124-1560 ou e-mail: juraci.a.cesar@gmail.com. Ainda poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da FURG.

Fui comunicada que:

- Os interesses do estudo são exclusivamente científicos ou acadêmicos;
- Não sou obrigada a participar da pesquisa;
- Mesmo depois de ter aceitado participar, posso desistir quando quiser;
- Se eu me recusar a participar, meu atendimento não será prejudicado;

Riscos e benefícios:

Fui informada de que este estudo não me traz qualquer risco, e que os dados da pesquisa permitirão: 1) monitorar inúmeros indicadores de saúde materno-infantil neste município, 2) mostrar os progressos alcançados, 3) redirecionar ações, 4) estabelecer metas e 4) prover dados para a formação e qualificação de pessoal em nível de graduação e de pós-graduação.

Por fim, se for de meu interesse, serão a mim fornecidos resultados do questionário aplicado, além da garantia de sigilo absoluto quanto as informações por mim prestadas.



Diante disso, concordo em ser entrevistada e procurarei responder adequadamente o questionário.

Este formulário foi lido por mim e a minha assinatura abaixo significa que concordei em participar da pesquisa.

Rio Grande, ____ de _____ de 2024

Assinatura e nome completo da mãe participante	_____
Assinatura e nome completo da entrevistadora	_____

APÊNDICE C: Questionário Perinatal 2024

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE FACULDADE DE MEDICINA PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA	
BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO		
01. ENTREVISTADORA	Su (1) Alessandra (2) Aline (3) Outro (4)	
02. Local de nascimento do RN:	HU/FURG (1) Santa Casa (2) Em casa (domicílio) (3) Hospital de Cardiologia (4) Ambulância SAMU/Bombeiro (5) Outro: (6)	
03. Qual o nome completo da Sra.?: _____		
04. Qual a data de nascimento do RN (DD/MM):	___ / ___ / 2024	
05. Que horas ele nasceu?	Horas: ___ Minutos: ___	
06. Quantos filhos a Sra. teve neste parto? → SE MÚLTIPLOS, PREENCHA SOMENTE O QST DE GÊMEOS PARA OS DEMAIS	Um (1) Dois (2) Três ou + (3)	
07. A Sra. tem Cartão do SUS?	Não (0) Sim e está com ele (1) Sim, mas não trouxe (2)	
08. SEXO DO RN	Masculino (1) Feminino (2)	
09. PESO AO NASCER (GRAMAS): (CHECAR NO LIVRO DE REGISTRO DA ENFERMAGEM)		
10. APGAR NO 1º MINUTO: _____		
11. APGAR NO 5º MINUTO: _____		
12. USO DE PARTOGRAMA PARA ESTE PARTO:	Não (0) Sim (1) Prontuário não encontrado (9)	
13. DATA DA ENTREVISTA:	___ / ___ / 24	
14. HORÁRIO DE INÍCIO DA ENTREVISTA:	Hora: ___ Min: ___	
BLOCO B – PARTO E SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO		
Eu queria começar conversando sobre o seu parto...		
15. (VERIFICAR NO REGISTRO SE O RN NASCEU VIVO). O bebê nasceu vivo?	Sim (1) → [17] Não (2)	
16. SE NASCEU MORTO: A morte do bebê aconteceu antes ou durante o trabalho de parto?	Antes do trabalho de parto (1) Durante o trabalho de parto (2)	
17. Que nome a Sra. pretende dar para o nenê?	_____	

Vou fazer algumas perguntas agora sobre a sua chegada no hospital...			
18. O que a Sra. teve ou sentiu que fez vir para o hospital?	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.
18a. Sangramento			
18b. Contração/Dor do parto			
18c. Bebê parou de mexer			
18d. Perdeu água/líquido			
18e. Encaminhada pelo médico			
18f. Consulta estava agendada			
18g. Cesárea estava agendada			
18h. Outro:			
19. Quanto tempo levou para a Sra. ser atendida aqui no hospital?			___ horas ___ min
Exame de admissão hospitalar	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.
20. Quando o médico ou a enfermeira examinou a Sra. no hospital, estava tudo bem com o seu bebê?			
20a. O médico ou a enfermeira ouviram o coração do bebê batendo dentro da sua barriga?			
20b. Verificaram/Mediram sua pressão?			
20c. Mediram sua barriga?			
20d. Fizeram exame de toque?			
20e. Foi feita raspagem dos pelos pubianos/vagina no hospital?			
20f. Foi feita lavagem intestinal?			
21. Antes de iniciar o trabalho de parto...			
21a. Foi colocado algum remédio por baixo (na vagina)?			
21b. Foi preciso colocar soro?			
21c. Foi preciso romper a bolsa?			
21d. (SE NÃO EM TODAS: →P22) SE SIM: Porque foi preciso colocar remédio/soro/romper a bolsa?	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.
21e. Passou do tempo?			
21f. A pressão estava alta?			
21g. Porque rompeu a bolsa?			
21h. Sangue não combina?			
21i. O nenê estava morto?			
21j. Porque o médico quis?			
21k. Parou o trabalho de parto?			
21l. Por outra razão:			
BLOCO C – TRABALHO DE PARTO			
22. A Sra. entrou em trabalho de parto?			Não (0) →[29] Sim (1)
23. A Sra. sabe informar quanto tempo ficou em trabalho de parto aqui no hospital até o bebê nascer?			Não (0) Horas: ___ Min. ___
24. Enquanto a Sra. estava em trabalho de parto, o médico ficou de sobreaviso?			Não (0) Sim (1)
24a. SE SIM: Quanto a Sra. pagou/vai pagar ao médico por isto?			R\$: _____
25. Quando a Sra. estava em trabalho de parto, sentindo as dores, foi colocado soro na veia?			Não (0) Sim (1)
26. O hospital ofereceu alguns desses cuidados para aliviar a dor?	(0) Não	(1) Sim e usou	(2) Sim, mas não usou
26a. Chuveiro			
26b. Bola			

26c. Massagem			
26d. Banquinho			
27. Durante o trabalho de parto, a Sra. podia...	(0) Não	(1) Sim, e andei	(2) Sim, mas não andei
27a. Andar pelo quarto?			
27b. Andar pelo corredor?			
28. A Sra. teve que ficar em jejum?			Não (0) Sim (1)
Acompanhamento no parto			
29. Quando a Sra. baixou no hospital para o parto, havia algum familiar/amigo com a Sra.?			Não (0) Sim (1)
30. Enquanto a Sra. esteve baixada para ter o bebê, algum familiar/amigo ficou com a Sra.?			Não (0) Sim (1)
31. No momento do parto, algum familiar/amigo estava junto com a Sra.?			Não (0) Sim (1)
32. SE RESPOSTA NEGATIVA NA 29-31: Por quê ninguém acompanhou a Sra.?	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, Ind.
32a. A maternidade não permitia			
32b. Só permitia maior de idade			
32c. Eu não sabia que podia			
32d. Eu não queria			
32e. Não tinha quem ficasse comigo			
32f. Tinha que pagar para ter acompanhante			
32g. Outro:			
Agora vou fazer algumas perguntas sobre o momento do parto			
33. Quem fez o parto?			Médico (1) Estudante (2) Enfermeira (3) Parteira (4) Outro (5)
34. Foi feita anestesia nas costas para o parto?			Não (0) Sim (1) Não sabe (2)
35. Na hora do nascimento, quem atendeu o nenê na sala de parto?			Pediatra (1) Obstetra (2) Anestesista (3) Enfermeira (4) Estudante (5) → [38] Outro (6)
36. O parto foi normal ou cesariana?			Normal/Vaginal (1) Cesariana (2)
37. SE FOI CESARIANA: A Sra. assinou um termo autorizando a cesariana?			Não (0) → [42] Sim (1) → [42]
38. SE FOI NORMAL: A Sra. sabe dizer se foi feito episiotomia, que é um corte embaixo na hora do parto que ajuda o bebê a nascer?			Não, não foi feita (0) → [41] Sim, foi feita (1)
39. SE FEZ EPISIO: A Sra. assinou um termo autorizando o corte/episiotomia?			Não (0) Sim (1) Não sabe (2)
40. A Sra. foi avisada de que este corte poderia ser feito?			Não (0) Sim (1)
40a. SE SIM: A Sra. sabe dizer se foi feita anestesia para este corte?			Não (0) Sim (1) Não sabe (9)
41. SE NÃO FEZ EPISIOTOMIA: Foi necessário dar algum ponto?			Não (0) Sim (1) Não sabe(9)

42. Durante o parto, a Sra. se lembra se foi usado ferro/ferrinho (fórceps) para ajudar o bebê nascer?	Não (0) Sim (1)		
43. A Sra. já ouviu falar em laqueadura/ligadura tubária?	Não (0) → [49] Sim (1)		
44. A Sra. sabe para quê serve?	Não (0) Sim, para não ter mais filhos (1) Outra resposta (3)		
45. A Sra. já fez ou pretende fazer laqueadura/ligadura tubária?	Não fiz e não pretendo fazer (0) Não fiz, mas pretendo fazer (1) Acabei de fazer nesta cesária (2) Não sei /outra(9)		
46. A Sra sabia que agora pode fazer cirurgia para laqueadura/ligadura durante a cesariana?	Não, não sabia (0) Sim, sabia (1)		
47. A Sra. sabia que agora não precisa mais de autorização do marido para fazer laqueadura/ligadura?	Não, não sabia (0) Sim, sabia (1)		
48. Se a Sra. soubesse que pode fazer laqueadura/ligadura durante a cesariana ou que não precisa mais de autorização do marido, a Sra. teria feito essa cirurgia?	Não (0) Sim (1) Talvez (9)		
49. A Sra. já ouviu falar em vasectomia?	Não (0) → [54] Sim (1)		
50. SE SIM: Sabe para quê serve?	Não (0) Sim, para o homem não poder ser pai biológico (1) Outra resposta (2)		
51. A vasectomia é uma cirurgia feita no homem que evita a gravidez. A Sra. gostaria que o seu marido fizesse essa cirurgia?	Não (0) Sim (1)		
52. Alguma vez a Sra/ e seu marido conversaram sobre este assunto?	Não (0) Sim (1)		
53. A Sra. acha que ele gostaria de fazer essa cirurgia?	Não (0) Sim (1) Não sabe (9)		
ATENÇÃO! SE O PARTO FOI VAGINAL PULE PARA A [P60]			
54. Quando foi decidido que seu parto seria cesariana?	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.
54a. Durante o pré-natal			
54b. Logo que chegou ao hospital			
54c. Pouco antes de ir ou já na sala de parto			
55. Quem decidiu pela cesariana?			
55a. Ela mesma, a própria mãe			
55b. O médico			
55c. O marido/familiar/outro			
56. Qual foi o motivo para fazer cesariana? (01) Sofrimento fetal (redução batimentos cardíacos/fez cocô dentro da barriga da mãe); (02) Desproporção feto-pélvica (bacia pequena/nenê muito grande); (03) Distócia de apresentação (o nenê estava sentado/na posição errada); (04) Hemorragia materna (teve sangramento); (05) Parada de progressão (parou o trabalho de parto/pararam as dores); (06) Eclâmpsia, pré-eclâmpsia (pressão alta); (07) Pós-maturidade (passou do tempo); (08) Morte fetal (o nenê nasceu morto); (09) Diabetes materna (açúcar no sangue); (10) Cesariana de repetição (já fez outra cesariana antes); (11) Laqueadura tubária (para ligar trompas/ligadura/para fazer desvio); <i>(12) Mãe pediu/quis (a mãe queria cesariana/a mãe tem agora o direito de escolher tipo de parto);</i> <i>(13) Médico quis (médico resolveu na hora que queria fazer cesariana);</i> <i>(14) Cesariana programada (cesariana foi marcada previamente durante a gravidez).</i> Outro: _____:	Motivo: _____		

57. SE RESPOSTA 12, 13 OU 14, NA P56, PERGUNTE: Por que a Sra. pediu/o médico quis/cesariana foi programada?	Motivo:		
58. A Sra. já havia feito alguma outra cesariana?	Não (0) Sim, quantas: ____		
59.			
Gostaria de saber a sua opinião sobre parto normal/vaginal...			
60. A Sra. acha que no parto normal a mulher...	(0) não	(1) sim	(9) não sabe
60a. Tem muito mais dor?			
60b. Tem muito mais sangramento?			
60c. Tem recuperação mais rápida?			
60d. Tem menos dor após o parto?			
60e. Tem mais facilidade em cuidar do bebê?			
60f. Pode ficar "diferente" para ter relação sexual?			
60g. Tem maior risco de morrer no parto?			
61. A Sra. acha que o parto normal é bom...	Para a mãe (1) Para o bebê (2) Para a mãe e o bebê (3) Para nenhum dos dois (4)		
62. A Sra. acha que a cesariana é bom para quem para...	Para a mãe (1) Para o bebê (2) Para a mãe e o bebê (3) Para nenhum dos dois (4) Para o médico (5)		
63. A Sra. acha que a maioria dos médicos prefere fazer cesariana, parto normal ou tanto faz?	Cesariana (1) Parto normal (2) Tanto faz (3) → [65]		
64. Por quê ele prefere este tipo de parto?	É mais rápido (1) É mais seguro/Tem menos risco (2) Tem menos stress/sofrimento (3) É natural/fisiológico (4) Tem menos complicações (5) É melhor para saúde mãe/bebê (6) Outro (7)		
65. A Sra. acha que a mulher tem direito de escolher o tipo de parto quando baixa...	(0) não	(1) sim	
65a. Pelo SUS?			
65b. Pelo convênio?			
65c. Ou somente quando o médico é particular?			
Agora, eu gostaria de saber sobre o seu bebê... (SE ABORTO → [68])			
66. <CRIANÇA> precisou ficar no berçário ou na UTI?	Não (0) → [68] Sim, na UTI (1) Sim, no berçário (2) Sim, no alojamento (3)		
67. SE SIM: Qual o problema de saúde que <CRIANÇA> tem ou teve?	P1: _____ P2: _____		
Agora vamos falar sobre o tratamento dado à Sra. desde que chegou neste hospital até agora			
68. Desde que chegou ao hospital, em algum momento, a Sra. se sentiu maltratada ou desrespeitada?	Não (0) Sim (1)		
69. Algum profissional gritou ou xingou a Sra., fazendo com que se sentisse ameaçada ou humilhada?	Não (0) Sim (1)		

70. Algum profissional debochou ou fez alguma piada da Sra.?	Não (0) Sim (1)
71. Algum profissional repreendeu a Sra. por chorar ou gritar de dor, emoção ou ansiedade durante o trabalho de parto ou parto?	Não (0) Sim (1)
Agora vamos conversar um pouco sobre amamentação e uso de bico e mamadeira	
DL72. Com quantas horas de vida a Sra. pegou/tocou no bebê?	Não pegou ainda (0) → [78] Hora: ___ Minuto: ___ (00=< de 1h)
DL73. Ainda na sala de parto, a pele do bebê ficou em contato direto com a sua em seu colo? (bebê nu/coberto com lençol)	Não (0) → [74] Sim (1)
DL73a. SE SIM: Com quantas horas de vida? ___ horas (00=< de 1 h) E por quanto tempo ___ min	Sim, horas de vida: ___ Quanto tempo (min): ___
DL74. SE NÃO: Logo depois que o bebê nasceu, a Sra. precisou ficar separada dele por algum motivo?	Problemas mãe (1) Problemas bebê (2) Banho por HIV.HTLV/COVID (3) Não Sabe/Outro (4)
DL75. A Sra. pretende amamentar seu filho no peito?	Não (0) → [79] Sim, até que idade (meses)? ___ (77=enquanto quiser; 78=enquanto tiver leite)
DL76. A Sra. já colocou o bebê no peito?	Não (0) → [78] Sim (1)
DL77. Com quantas horas de vida a Sra. colocou o bebê no peito?	(00=<1 h) ___ (00=< de 1h)
DL78. Por que o bebê não foi colocado no peito?	Mãe HIV positivo (1) Bebê foi para a UTI (2) Outro (3)
79. A Sra. ou alguém que veio visitar <CRIANÇA> trouxe bico/chupeta aqui para o hospital?	Não (0) → [81] Sim (1)
80. SE SIM: Quem trouxe bico/chupeta para a <CRIANÇA> aqui no hospital?	A própria mãe (1) O pai do RN (2) A avó materna (3) Avó paterna (4) Outra pessoa (5)
81. A Sra. pretende dar bico ou chupeta para o <CRIANÇA>?	Não (0) Sim (1)
DL82. Até que idade a Sra. acha que o bebê deveria mamar somente no peito sem receber chás, água, suco ou qualquer outro tipo de alimento?	Dias: ___ Meses: ___
83. Desde que nasceu, seu filho já recebeu...	
83a. Chá, água ou glicose (açúcar)?	Não (0) Sim (1)
83b. SE SIM: Com quantas horas de vida recebeu chás, água ou glicose?	___ horas Se menos de 1 hora (00)
83c. Bico ou chupeta?	Não (0) Sim (1)
83d. SE SIM: Com quantas horas de vida recebeu bico ou chupeta?	___ horas Se menos de 1 hora
83e. Mamadeira de leite?	Não (0) Sim (1)
83f. SE SIM: Com quantas horas de vida recebeu mamadeira?	___ horas Se menos de 1 hora
DL84. SE A MAE NÃO INICIOU DAR DE MAMAR, PULE PARA A [89] Como está a pega do bebê no seio?	Muito sonolento, não sustenta a pega (1) Tentativas repetidas para sugar, segura o mamilo na boca mas precisa estímulo (2) Agarra a mama, suga com ritmo, língua abaixada, lábios curvados para fora (3)

DL85. Escuta seu bebê engolir/deglutir:	Não (0) Um pouco, com estímulo (1) Sim, de forma espontânea (2)
DL86. E seu tipo de bico do seio/mamilo:	Invertido/prá dentro (1) Plano (2) Pra fora/protuso (3)
DL87. E seu conforto na mama/mamilo:	Com fissura, sangrando, mamilo machucado desconforto severo (0) Cheia, avermelhada, desconforto suave a moderado (1) Macias, não dolorosas (2)
DL88. Precisa de ajuda para segurar o bebê no colo:	Ajuda completa, equipe segura bebê na mama (0) Ajuda mínima, equipe segura o bebê e depois a mãe assume, ex: ajuda com travesseiro ou cabeceira (1) Sem ajuda da equipe, mãe capaz de segurar e posicionar o bebê (2)
DL89. A partir de que idade a Sra acha que o bebê deveria receber outro tipo de alimento?	Dias: ___ ___ Meses: ___ ___
Eu quero conversar agora sobre a posição mais segura para o bebê dormir...	
CH90. Como a senhora acha que o bebê deve dormir?	De barriga pra baixo (1) De barriga pra cima (2) De ladinho (3) Outra (4) Não sabe (5)
CH91. Porquê?	Para não se engasgar/afogar (1) Proporcionar maior conforto (2) Orientação do profissional saúde (3) Experiência prévia positiva (4) Campanha nacional (5) Orientação da avó materna (6) Outro (7)
CH92. Com quem a Sra. aprendeu sobre colocar o bebê para dormir nesta posição?	Mãe (avó do RN) (1) Ninguém/Por conta própria (2) Médico/Enfermeira (3) Campanha da Pastoral da Criança (4) Outros (5)
CH93. SE NÃO DORME "DE BARRIGA PRA CIMA": A Sra. aceitaria colocar o seu filho para dormir de barriga para cima?	Não (0) Sim (1) → [95] Com certeza (2) Talvez (3)
CH94. SE NÃO: Por que motivo a Sra. não aceitaria colocar o seu filho para dormir de barriga para cima?	Para não se engasgar/afogar (1) Proporcionar maior conforto (2) Experiência prévia positiva (3) Orientação da avó materna (4) Outro (5)
CH95. Durante alguma das consultas de pré-natal a Sra. recebeu orientação sobre a posição mais segura para o bebê dormir para evitar a morte súbita?	Não(0)→98 Sim (1) Não sabe/Não lembra (9)
CH96. SEM SIM: Qual foi a posição que ele(a) orientou?	De barriga pra baixo (1) De barriga pra cima (2) De ladinho (3) Outra (4)
CH97. Quem indicou/orientou esta posição?	(0) Não (1) Sim
CH97a. Médico	
CH97b. Enfermeira	
CH97c. Nutricionista	
CH97d. Outro profissional da saúde	

CH98. Se o médico ou a enfermeira dissessem para Sra. que a posição mais segura para o bebê dormir é de barriga para cima, a Sra. acreditaria?	Não (0) Sim (1) Talvez/depende (2) Não sabe (9)
CH99. E se a avó dissesse que a posição mais segura para o bebê dormir é de barriga para cima, a Sra. acreditaria?	Não (0) Sim (1) Talvez (2) Não sabe (9)
CH100. A Sra. acredita que colocar o bebê para dormir de barriga para cima pode salvar a vida dele?	Não (0) Sim (1) Talvez (2) Não sabe (9)
CH101. A Sra. pretende colocar <CRIANÇA> para dormir de barriga para cima?	Não (0) Sim (1) Talvez (2) Não sabe (9)
102. Onde a Sra. pretende colocar seu bebê para dormir?	Berço ou em cama separada, mas no mesmo quarto(0) Na mesma cama junto com os pais: (1) Berço/cama separada e em outro cômodo: (2) Na mesma cama que a mãe dorme/junto da mãe: (3) Na mesma cama junto com o irmão/outra criança: (4)
BLOCO D – PRÉ-NATAL E DOENÇAS NA GESTAÇÃO	
Agora vamos conversar sobre sua gravidez	
103. Qual foi a data da sua última menstruação?	Dia: ___ __ Mês: ___ __ Ano: ___ __ (Não lembra=11→P105)
104. A Sra. tem certeza desta data?	Não (0) Sim (1) Mais ou menos (3)
105. A Sra. planejou ter esse filho ou engravidou sem querer?	Planejou (1) Sem querer (2) Mais ou menos (3)
106IM. Pouco antes de engravidar, quantos quilos a Sra. pesava?	Kg: ___ __ ___ __
107. A Sra. fez alguma consulta de pré-natal durante esta gravidez?	Não (1) →[125] Sim (2)
108. Onde a Sra. fez a maioria das consultas de pré-natal? SE NÃO FOI EM POSTO DE SAÚDE [P114]	Posto de saúde (1) Ambulatório do HU (2) Ambulatório público (3) Convênio (4) →[110] Médico particular (5) →[114] Outro (6)
109. SE FOI EM POSTO DE SAÚDE: Em qual posto de saúde a senhora fez a maioria dessas consultas?	UBS: _____
110. SE FOI EM CONVÊNIO: Qual era o seu convênio em que fez a maioria das consultas)?	Unimed (1) IPE (2) Bradesco (3) Cassí (4) Clínicas privadas locais (ex. Descont Saúde) (5) Outros planos de saúde (6)
111. Nestas consultas de pré-natal a Sra. foi atendida:	(0) Não (1) Sim (9) Não sabe
111a. Somente por médico?	
111b. Somente por enfermeira?	
111c. Por médico e por enfermeira?	

112. Durante o pré-natal, a Sra. foi atendida sempre pelo mesmo médico?	Não, por mais de um (0) Sim, sempre pelo mesmo (1)
113. Durante o pré-natal, a Sra. foi atendida sempre pela mesma enfermeira?	Não, por mais de uma (0) Sim, sempre pela mesma (1)
114. Quantas consultas de pré-natal a Sra. fez?	Consultas: ___ ___
115. Em que mês da gravidez a Sra. fez a 1ª. consulta de pré-natal?	Mês: ___
116. A Sra. fez exames de sangue durante esta gravidez?	Não (0) → [119] Sim, quantos: ___
117. Nesta coleta de sangue a Sra se lembra se foi feito teste para HIV, que é aquele que demora para vir o resultado?	Não (0) Sim, quantos? ___
118. E teste para sífilis, que também demora, a Sra. se lembra se fez?	Não (0) Sim, quantos? ___
119. E teste rápido para HIV, aquele que sai o resultado na hora, a Sra. lembra se fez?	Não (0) Sim, quantos? ___
120. E teste rápido para sífilis, a Sra. lembra se fez?	Não (0) → [124] Sim, quantos? ___
121. Algum destes testes para sífilis deu positivo?	Não (0) Sim (1)
121a. SE SIM: A Sra. chegou a fazer tratamento para sífilis?	Não (0) Sim (1)
121b. SE SIM: A Sra. concluiu o tratamento?	Não (0) Sim (1)
122. Depois do tratamento, a Sra. fez algum exame para saber se estava curada da sífilis?	Não (0) Sim (1)
123. O seu companheiro também fez tratamento para sífilis?	Não fez (0) Sim, fez (1) Não tenho companheiro (8)
124. A Sra. fez algum exame de ultrassom durante a gravidez?	Não (0) Sim, quantos? ___
124a. SE SIM: Com quantas semanas (ou meses) de gravidez a Sra. estava quando fez o primeiro ultrassom?	Meses: ___ Semanas: ___
Agora vamos falar sobre o teste para HPV	
125. A Sra. já ouviu falar na vacina do HPV?	Não (0) → [127] Sim (1) Não lembra (9)
126. A Sra. sabe para que serve esta vacina?	Não (0) Sim (1) Não lembra (9)
126a. SE SIM: A Sra. poderia me dizer para que serve essa vacina?	Previne câncer (1) Outra resposta (2) Não sabe (9)
127. Alguma vez a Sra. já fez esta vacina do HPV?	Não (0) Sim, quantas vezes? ___ Não sabe (9) → [132]
127a. SEM SIM: Faz quanto tempo que a Sra. fez a última vacina do HPV?	Anos: ___ Meses: ___
127b. SE NÃO FEZ: Por que motivo a Sra. não fez a vacina do HPV	Não sabia que precisava fazer (1) Não tinha a idade mínima para (2) Não havia vacina nos serviço de saúde (3) Outro (4)

Agora vamos falar sobre prevenção do câncer de cólo de útero			
128. Durante esta gravidez a Sra. fez exame para prevenir câncer no útero/Papanicolaou/CP?	Não (0)→[131] Sim (1) Não sabe/lembra (9)		
128a. SE SIM: Este exame deu alterado?	Não (0) Sim (1) Não sabe (9)		
129. SE SIM: O que o medico pediu que a Sra. fizesse?	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.
129a. Repetisse o exame dentro de seis meses?			
129b. Tratasse com comprimido, creme, etc.?			
129c. Solicitou biópsia?			
129d. Encaminhou para o medico especialista?			
130. SE REALIZOU BIÓPSIA: A Sra ficou sabendo do resultado da biópsia?	Não (0) Sim (1)		
130a. SE SIM: A Sra. se lembra qual foi o resultado desta biópsia?	NIC1 (1) NIC2 (2) NIC3 (3) Câncer (4) Outro (5)		
131. SE NÃO FEZ PAPANICOLAU/CP: Porque a Sra. não fez este exame durante a gravidez? Porque...	Estava com exame em dia (1) Não sabia que tinha que fazer (2) Sentiu medo/vergonha (3) Médico disse que não precisava (4)		
132. Antes desta gravidez, alguma vez a Sra. fez este exame para prevenir câncer no útero/colo do útero?	Não, nunca fez (0) Sim (1) Não lembra (9)		
132a. SE SIM: Faz quanto tempo que a Sra. fez o último exame?	Anos ____ Meses ____		
133. Durante as consultas de pré- natal o médico ou a enfermeira alguma vez...	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
133a. Perguntou a data da sua última menstruação?			
133b. Verificou o seu peso?			
133c. Mediu a sua barriga (altura uterina)?			
133d. Ouviu o coração do bebê?			
133e. Mediu sua pressão?			
133f. Examinou suas mamas?			
133g. Fez exame ginecológico/de toque?			
133h. Receitou remédio para anemia (sulfato ferroso)?			
133i. Receitou vitaminas?			
DL133j. Orientou sobre amamentação?			
133l. Orientou sobre sífilis?			
133m. Perguntou se estava usando algum remédio?			
133n. Orientou sobre uso de remédios?			
133o. Perguntou se a senhora fumava?			
CH133p. Orientou sobre a posição do bebê dormir?			
133q. Orientou sobre exercícios físicos/caminhadas?			
IM133r. Orientou sobre ganho de peso durante a gestação?			
IM133s SE SIM: Quantos quilos disseram que a Sra. deveria ganhar?	Quilos: ____ Não lembra: (99)		
134. Durante o pré-natal, a Sra. tomou/recebeu vacina contra o tétano?	Não (0)→[135] Sim (1) Já estava vacinada (2) Não sabe (9)		
134a. SE SIM: Quantas doses de vacina contra tétano a ra.tomou?	(7=reforço; 9=IGN) doses: ____		

IM135. Quantos quilos a Sra. pesava na primeira consulta desta gravidez?	Kg: _____
IM136. Quantos quilos a Sra. pesou agora no final desta gravidez?	Kg: _____
Agora vamos conversar sobre ácido fólico (ou folato)	
137. A Sra. já ouviu falar em ácido fólico?	Não (0) → [140] Sim (1)
137a. SE SIM: A Sra. sabe que tipo de doença ele previne?	Não (0) Sim, doenças/defeitos do tubo neural (1) Outra (2)
138. A Sra. tomou ácido fólico durante esta gestação?	Não (0) Sim (1)
139. SE SIM: Em que mês da gravidez a Sra... 139a. Começou a tomar ácido fólico? ___ mês (99=IGN) 139b. Parou de tomar ácido fólico? ___ mês (99=IGN)	Mês que iniciou: ___ Mês que parou: ___ Se ainda toma: 77
Agora vamos conversar sobre sulfato ferroso	
140. A Sra. já ouviu falar em sulfato ferroso?	Não (0) → [143] Sim (1)
140a. SE SIM: A Sra. sabe que tipo de doença ele previne?	Não (0) Sim, anemia (1) Outra (2) Não sabe (9)
141. A Sra. tomou sulfato ferroso durante esta gestação?	Não (0) Sim (1)
141a. SE SIM: Em que mês da gravidez a Sra... 141b. Começou a tomar sulfato ferroso? ___ mês (99=IGN) 141c. Parou de tomar sulfato ferroso? ___ mês (99=IGN)	Mês que iniciou: ___ Mês que parou: ___ Se ainda toma: 77
142. A Sra. utilizou algum tipo de vitamina no lugar do sulfato ferroso nesta gestação?	Não (0) Sim (1)
142a. SE SIM: Qual o nome desta vitamina?	
143. SE SIM: Em que mês da gravidez a Sra... 143a. Começou a tomar esta vitamina? ___ mês (99=IGN) 143b. Parou de tomar esta vitamina? ___ mês (99=IGN)	Mês que iniciou: ___ Mês que parou: ___ Se ainda toma: 77
Agora vamos falar sobre doenças e nesta gestação	
144. Durante esta gestação, a Sra. teve pressão alta?	Não (0) → [146] Sim (1)
144a. SE SIM: Chegou a tratar?	Não (0) Sim (1)
145. A Sra. já tinha pressão alta antes desta gravidez?	Não (0) Sim, mas não tratava (1) Sim, e tratava (2) Não sabe (9)
146. Durante esta gestação, a Sra. teve diabetes?	Não (0) → [148] Sim (1)
146a. SE SIM: Chegou a tratar?	Não (0) Sim (1)
147. A Sra. já tinha diabetes antes desta gravidez?	Não (0) Sim, mas não tratava (1) Sim, e tratava (2) Não sabe (9)
148. Durante esta gestação, a Sra. teve depressão?	Não (0) → [150] Sim (1)
148a. SE SIM: Chegou a tratar?	Não (0) Sim (1)

149. A Sra. já tinha depressão antes desta gravidez?	Não (0) Sim, mas não tratava (1) Sim, e tratava (2) Não sabe (9)		
150. Durante esta gestação, a Sra. teve anemia?	Não (0) → [153]		
150a. SE SIM: Chegou a tratar?	Não (0) Sim (1)		
151. A Sra. já tinha anemia antes desta gravidez?	Não (0) Sim, mas não tratava (1) Sim, e tratava (2) Não sabe (9)		
152. A Sra. teve algum sangramento nos últimos três meses <DESDE> pra cá?	Não (0) Sim (1)		
153. A Sra. teve corrimento vaginal nesta última gravidez	Não (0) → [154]		
153a. SE SIM: Tinha mal cheiro?	Não (0) Sim, sempre (1) Sim, as vezes (2) Não sabe (9)		
153b. SE SIM: Esse corrimento a Sra tinha...	Sempre (1) De vez em quando/As vezes (2)		
154. Durante esta gestação a Sra. alguma vez perdeu urina sem querer?	Não (0) → [161]		
155. Nos últimos três meses da gravidez, a Sra. alguma vez perdeu urina sem querer?	Não (0) Sim (1)		
155a. SE SIM: Em que mês de gravidez começou essa perda de urina	Mês: ____		
156. Agora eu gostaria de saber se a senhora perde urina...	(0) Não	(1) Sim	
156a. Antes de chegar ao banheiro?			
156b. Quando dorme?			
156c. Quando tosse ou espirra?			
156d. Quando faz força?			
156e. Quando faz exercício físico?			
156f. O tempo todo?			
157. A Sra. contou para o seu médico sobre essa perda de urina sem querer?	Não (0) → [161] Sim (1)		
158. A Sra. recebeu alguma orientação sobre como lidar com este problema?	Não (0) Sim (1)		
159. SE SIM: O que o médico lhe recomendou?	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.
159a. Usar produtos de proteção e fazer sempre higiene pessoal?			
159b. Urinar mais vezes, tomar menos líquido?			
159c. Receitou algum tipo de medicamento?			
159d. Fazer fisioterapia?			
159e. Fazer algum tipo de exercício?			
160. Alguma vez a Sra. faltou ao trabalho ou deixou de fazer a lida da casa por causa deste problema de perda de urina?	Não (0) Sim (1)		
Eu quero agora conversar sobre infecção urinária durante esta gestação...			
161. Durante esta gestação de <CRIANÇA> a Sra...	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
161a. Teve dor para urinar?			
161b. Teve sangue na urina?			
161c. A urina estava escura?			
161d. Tinha pus na urina?			
161e. A urina estava com mau cheiro?			
161f. Tinha ardência para urinar			

161g. Depois de urinar, ficava com vontade de urinar mais ainda?			
161h. A Sra. tinha febre?			
161i. SE SIM: Mediu com termômetro?			Não (0) Sim (1)
162. Durante esta gestação a Sra. fez exame para saber se tinha infecção urinária?			Não (0) → [164] Sim (1)
162a. Quantos exames de urina a senhora fez? ____			Exames: ____ (99=IGN; 88=NSA)
163. SE SIM: Algum destes exames deu positivo, ou seja, deu que a Sra. tinha infecção urinária?			Não (0) Sim, quantos: ____
163a. SE SIM: Em alguma dessas vezes o médico receitou antibiótico para tratar esta infecção?			Não (0) Sim, quantas vezes: ____
163b. Durante quantos dias a Sra. tomou esse medicamento/antibiótico?			Dias: ____
Eu queria agora conversar sobre asma...			
NF164. A Sra. tem ou já teve asma?			Não (0) → [170] Sim (1)
NF164a. SE SIM: Chegou a fazer tratamento?			Não (0) Sim, com medicamento (1) Sim, com exercícios (2) Sim, com medicamento + exercício (3)
NF165. A Sra. acha que teve asma nesta gravidez?			Não (0) → 169 Sim (1)
NF165a. SE SIM: A Sra. tinha tosse?			Não (0) Sim (1)
NF165. E chiado no peito, a Sra. tinha?			Não (0) Sim (1)
NF166. O seu nariz ficou entupido, correndo/ecorrendo?			Não (0) Sim (1)
NF167. E azia, a Sra. tinha?			Não (0) Sim (1)
NF168. Durante esta gravidez, alguma vez, a Sra. teve de usar bombinha?			Não (0) Sim, e melhorou (1) Sim, mas não fez diferença (2)
169. Durante esta gravidez a Sra. precisou ser internada?			Não (0) → 171 Sim, quantas vezes? ____
170. SE SIM: Porque motivo/doença a Sra. foi internada?			Asma (1) Motivo 1: _____ Motivo 2: _____
171. A Sra. usou algum remédio durante a gravidez?			Não (0) Sim (1)
171a. SE SIM: Algum destes remédios a Sra. conseguiu na farmácia popular?			Não, nenhum (0) Não, eu comprei, mas sei que tinha na FP (1) Sim, alguns (2) Sim, a maioria (3) Sim, todos (4)
Agora, vamos conversar sobre parto prematuro			
172. Nesta gravidez a Sra. tomou injeção de corticóide para amadurecer o pulmão de <CRIANÇA>?			Não, nenhuma (0) Sim, quantas doses? ____
173. A Sra. tomou algum medicamento para o bebê <u>não</u> nascer antes da hora?			Não (0) Sim (1) Não sabe (9)

O assunto agora é vacina da gripe				
174. Durante esta gestação a Sra. tomou vacina contra a gripe?		Não (0) → [177] Sim (1) Não sabe (9) → [177]		
174a. SE SIM: A Sra. tomou essa vacina no...		Posto de saúde (1) Ambulatório (HU/SC/PAN) (2) Consultório/clínica particular (3) Outro (4)		
175. A Sra. teve que pagar por essa vacina? (arredondar centavos para a unidade)		Não (0) Sim, quanto? R\$ ____		
176. Com quantos meses de gravidez a Sra. estava quando tomou a vacina?		Meses: ____		
O assunto agora é vacina da COVID-19				
177. A Sra. Tomou vacina para/contra COVID-19?		Não (0) Sim (1)		
177a. SE SIM: Quantas doses a Sra. Tomou?		Doses: ____		
177b. A Sra. teve alguma reação/efeito colateral da vacina?		Não (0) Sim (1)		
178. SE SIM:		(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	(9) IGN
178a. Febre				
178b. Dor de cabeça				
178c. Cansaço				
178d. Dor na barriga/estômago				
178e. Diarreia				
178f. Palpitação				
178g. Tremedeira				
178h. Sonolência				
178i. Mal-estar geral				
178j. Outro:				
178l. A Sra. acha que continuou tendo esses sintomas por causa da vacina até hoje?		Não, nenhum deles (0) Sim, alguns deles (1) Sim, a maioria deles (2) Sim, todos eles (3) Não sabe (9)		
179. SE NÃO TOMOU A VACINA: Por que a Sra. não tomou a vacina?		Não era obrigado a tomar (1) Não acreditava na vacina (2) Por medo de fazer mal (3) Medo de virar jacaré (4) O Presidente Bolsonaro dizia que não era para tomar (5) Igreja/Pastor dizia que não era para tomar (6) Outra: _____ (7)		
180. Onde obteve essas informações que convenceu a Sra. para não tomar a vacina do COVID?		WhatsApp (1) Internet (2) Familiar (3) Amiga/Vizinha (4) Na igreja durante o culto (5) Outra: _____ (6)		
Vamos falar agora sobre dor nas costas				
181. Nos últimos 12 meses <DESDE MÊS DO ANO PASSADO PRA CÁ> a Sra. teve dor nas costas?		Não (0) → [185] Sim (1)		
181a. SE SIM: A Sra. sentia essa dor sempre ou de vez em quando aliviava?		Tinha dor sempre (0) De vez em quando aliviava (1)		

182. A Sra. teve que faltar ao trabalho ou deixar de fazer as lidas da casa por causa desta dor?	Não (0) Sim, quantas vezes? ____														
183. Em que mês da gravidez estas dores começaram?	Mês: ____														
184. Em uma escala de 0 a 10, de quanto era a sua dor, considerando que "0" significa não ter dor (ausência de dor) e 10 significa dor muito forte	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> <td></td> </tr> </table>			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0	1	2	3	4	5										
6	7	8	9	10											
Agora vamos falar sobre dentista															
185. A Sra. já foi ao dentista alguma vez?	Não (0) → [189] Sim (1)														
186. SE SIM: Faz quanto tempo? [00=menos de 1 mês/1 ano/99=IGN].	Mês: ____ Ano: ____														
187. SE SIM: A Sra. foi ao dentista durante esta gravidez?	Não (0) Sim (1)														
188. SE SIM: Por que motivo a Sra. foi ao dentista? A Sra....	(0) Não	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.												
188a. Estava com dor de dente?															
188b. Tinha sangramento na gengiva															
188c. Estava com infecção na gengiva?															
188d. A Sra. tinha restauração para fazer?															
188e. Tinha dente para extrair?															
188f. Tinha revisão para fazer?															
188g. Foi encaminhada pelo médico															
188h. Outro: _____															
Quería saber agora sobre a realização de alguma cirurgia															
189. A Sra. já foi operada alguma vez?	Não (0) → [191] Sim, quantas vezes? ____														
189a. SE SIM: Alguma dessas cirurgias foi na barriga (abdome)?	Não (00) Sim, estômago (01) Sim, intestino (02) Sim, vesícula (03) Sim, hérnia (04) Sim, útero (06) Sim, ovário (07) Sim, trompas (08) Sim, outro (09)														
190. Esta cirurgia foi feita nesta gestação?	Não (0) → [191] Sim (1)														
190a. SE SIM: Com quantas semanas de gestação estava?	Semanas: ____														
190b. Essa cirurgia complicou?	Não (0) Sim (1)														
190c. SE SIM: precisou operar novamente ou só tomou remédio, fez repouso e dieta?	Não precisou abrir novamente (0) Foi preciso operar novamente (1)														
BLOCO E – COVID_19															
Agora vamos conversar sobre o COVID...															
191. Quando a Sra. ouviu falar na Epidemia do Covid-19, qual é a primeira palavra que lhe vem à mente?	_____														
192. A Sra. tem ou teve Covid-19?	Não (0) → [203] Sim (1) IGN (9)														

192a. SE SIM: Quantas vezes?				
193. Como a Sra. ficou sabendo que teve Covid-19 na PRIMEIRA vez? Outro _____	Diagnóstico por médico (1) Diagnóstico outro profissional saúde (2) Diagnóstico próprio (3) Outro (ex: diagnostico da farmácia) (4)			
194. Quando foi a PRIMEIRA vez que teve Covid-19?	__ / __ / __			
195. Nesta PRIMEIRA vez que teve Covid-19, a Sra. chegou a fazer algum teste ou exame para confirmar?	Não (0) → [197] Sim (1)			
196. Qual teste/exame a Sra. fez nesta PRIMEIRA vez que teve Covid-19?	Não (0)	Sim (1)	IGN (9)	NSA (8)
196a. Teste PCR com cotonete (<i>swab</i>) na garganta, nariz ou saliva?				
196b. O resultado do teste foi positivo?				
196c. Teste de anticorpos do sangue do dedo ou veia?				
196d. O resultado do teste foi positivo?				
196e. Teste rápido cotonete (<i>swab</i>) de farmácia (POCT-PCR)?				
196f. O resultado do teste foi positivo?				
196g. Teste de saliva de farmácia?				
196h. O resultado do teste foi positivo?				
197. Quais foram os sintomas que a Sra. teve?	Não (0)	Sim (1)	IGN (9)	NSA (8)
197a. Coriza/nariz escorrendo?				
197b. Dor de cabeça?				
197c. Alteração de olfato?				
197d. Alteração de paladar?				
197e. Febre?				
197f. Tosse?				
197g. Dores no corpo?				
197h. Dor de garganta?				
197i. Diarreia?				
197j. Vômitos?				
197k. Dificuldade para respirar?				
197l. Calafrios?				
197m. Palpitação?				
197n. Não apresentou qualquer sintoma				
197o. Outros:				
198. A Sra. consultou com médico?				Não (0) Sim (1)
198a. SE SIM: Onde consultou?	Não (0)	Sim (1)	IGN (9)	NSA (8)
198b. Consultório médico particular?				
198c. Consultório médico conveniado/plano de saúde?				
198d. Hospital?				
198e. UPA?				
198f. Outros? _____				
199. Onde a Sra. fez tratamento para Covid?	Não (0)	Sim (1)	IGN (9)	NSA (8)
199a. Em casa				
199b. No hospital				
200. Que medicamentos a Sra. tomou?	Não (0)	Sim (1)	IGN (9)	NSA (8)
200a. Antibiótico?				
200b. Remédio para a febre?				
200c. Cloroquina?				
200d. Ivermectina?				
200e. Outros? _____				
201. Nessa PRIMEIRA vez que o a Sra. teve Covid-19, foi preciso hospitalizar?	Não (0) → [203] Sim (1)			
201a. SE SIM: Quantos dias a Sra. ficou hospitalizada?				

		Dias: ____ ____			
201b. Foi preciso ir para a UTI?		Não (0) Sim (1)			
201c. Foi preciso entubar?		Não (0) Sim (1)			
202. A Sra. continua com algum dos sintomas ou sequela da COVID-19? SE SIM: Qual/is?	Não (0) →209	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	IGN (9) NSA (8)	
202a. Esquecimento					
202b. Perda do paladar (sabor/gosto)					
202c. Perda do olfato (cheiro/odor)					
202d. Perda do sono (insônia)					
202e. Palpitação					
202f. Tosse					
202g. Cansaço					
202h. Outro: _____					
203. Desde o início da pandemia, a Sra. teve algum problema de saúde e deixou de procurar atendimento médico?	Não (0)→[203b] Sim (1)				
203a. Por qual motivo a Sra. não procurou atendimento médico? Outro motivo: _____	O serviço estava fechado (1) Não tinha dinheiro (2) Horário incompatível (3) Problemas com transporte (4) Medo de contágio (5)				
203b. Desde o início da pandemia, a Sra. deixou de comparecer a alguma consulta médica ou de fazer o exame de rotina? Outro motivo: _____	Não (0)→204 Sim, para consulta médica (1) Sim, para exame (2) Sim, para consulta médica e exame (3)				
203c. Por qual motivo a Sra. não foi à consulta ou deixou de fazer o exame de rotina? Outro motivo: _____	O serviço estava fechado (1) Não tinha dinheiro (2) Horário incompatível (3) Problemas com transporte (4) Medo de contágio (5)				
Impacto da pandemia na saúde					
204. A Sra. teve alguma consulta ou procedimento médico cancelado por causa da pandemia?	Não (0)→206 Sim (1)				
205. O que foi cancelado	Não (0)	Sim (1)	IGN (9)	NSA (8)	
205a. Consulta para problema de saúde já existente					
205b. Pré-Natal					
205c. Cirurgia					
205d. Outro: _____					
206. Durante a pandemia, a Sra. consultou com profissional de saúde de forma remota, via telefone ou vídeo chamada?	Não (0)→207 Sim (1)				
206a. SE SIM: Onde a Sra. consultou? Outro: _____	Pronto socorro/UPA (1) Posto de saúde/UBS (2) Pronto Socorro privado (3) Clínica particular (4) Clínica de convênio/Plano de saúde (5) Médico particular (6) Outro (7)				
207. Alguma vez o(a) Sr.(a) precisou fazer o teste ou exame para COVID-19 e não conseguiu?	Não (0) Sim (1)				
207a. SE SIM: Quantas vezes a Sra. não conseguiu? ____ vezes	_____				
207b. Por qual motivo o(a) Sr.(a) não conseguiu fazer este teste ou exame? Motivo: _____	_____				
BLOCO F - VIDA REPRODUTIVA					

Agora vamos conversar sobre os filhos e as vezes que a Sra. já engravidou	
208. Que idade a Sra. tinha quando menstruou pela primeira vez?	menarca: ____
209. Quantas vezes a Sra. já engravidou, contando com esta gravidez? (Quero que conte todas as gestações, até aquelas que não chegaram ao final. (99=IGN; Se for a primeira gravidez, preencha com 01 e pule para a pergunta → [215])	Gravidez/es: ____
210. Que idade a Sra. tinha quando engravidou pela primeira vez?	Gesta1: ____
211. Que idade a Sra. tinha quando teve o primeiro filho?	Primipara: ____
212. Quantos filhos nascidos vivos a Sra. já teve? (incluir o que nasceu deste parto)	Vivos: ____
213. A Sra. teve algum filho que nasceu morto?	Não (0) Natimorto: ____
214. A Sra. já teve/sofreu algum aborto?	Não (0) → [215] Sim, quantos? ____
214a. SE SIM: Foi espontâneo ou provocado?	Espontâneo: ____ Provocado: ____
215: Queria saber a sua opinião sobre a realização de aborto no Brasil. A Sra. é a favor, contra ou não tem opinião ainda?	Sou contra em qualquer situação (0) Sou contra em algumas situações (1) Sou a favor em todas as situações (2) Sou a favor em algumas situações (3) Não sei, não tenho opinião ainda (4)
216. A Sra. sabia que agora a mulher pode escolher o tipo de parto, ou seja, se quer ter o filho por parto normal ou por cesariana?	Não (0) Sim (1)
216a. SE SIM: Como ficou sabendo?	
216b. SE NÃO: Se soubesse disso, a Sra. teria mudado o seu tipo de parto nesta gestação?	Não (0) Sim (1)
Vamos falar agora sobre método para evitar a gravidez	
217. Quando engravidou, a Sra. estava usando algum método para evitar filho?	Não (0) Sim, pílula (1) Sim, injeção (2) Sim, tabelinha (3) Sim, outro (4)
217a. A Sra. já ouviu falar em DIU como método para não engravidar?	Não (0) → 219 Sim (1)
217b. A Sra. alguma vez usou DIU?	Não (0) Sim (1)
217c. Agora, neste parto, foi colocado DIU?	Não (0) Sim (1)
218. SE NÃO COLOCOU: Por que não colocou?	Medo de engravidar (1) Medo de infecção (2) Medo de câncer (3) Motivo religioso (4) Outro (5)
BLOCO G – CARACTERÍSTICAS DA MÃE E HÁBITOS DE VIDA	
Agora vamos falar um pouco sobre a Sra.	
219. A Sra. é natural de Rio Grande?	Não (0) Sim (1)
220. Há quanto tempo a Sra. mora em Rio Grande?	Anos (77=sempre): ____
221. Quantos anos a Sra. tem?	Anos: ____
222. A Sra. vive com marido/companheiro?	Não (0) Sim (1)
223. Quantos marido/companheiro de viver junto a Sra. já teve?	____

[INCLUIR O ATUAL]	
224. A Sra. pratica alguma religião?	Não, não pratico (0) →224 Sim, mas não pratico (1) Sim e pratico (2) Não tenho religião (3)
224a. SEM SIM: Qual a sua religião?	Católica(1) Evangélica (2) Espírita (3) Candomblé/Umbanda (4) Outra (5)
225. Quantas pessoas moram na sua casa? [NÃO SE ESQUEÇA DE INCLUIR A PUÉRPERA E O MARIDO/COMPANHEIRO, SE TIVER]	Total: ____
225a. Filhos?	Não (0) Sim, quantos: ____
225b. Avó materna mora junto?	Não (0) Sim (1)
225c. Outras pessoas?	Não (0) Sim, quantos: ____
226. Até que série a Sra. completou na escola? [MUITA ATENÇÃO AQUI. OBSERVAR EQUIVALENCIA ENSINO FUNDAMENTAL/MEDIO]	Serie: ____ Grau: ____
227. A Sra. completou a faculdade?	Não (0) Sim (1)
228. (OBSERVAR) Cor da pele da mãe:	Branca (1) Parda/Mulata (2) Preta (3)
229. Qual a cor da sua pele?	Branca (1) Parda/Mulata (2) Preta (3) Outra (4)
Gostaria de conversar um pouco sobre como a Sra. tem se sentido ultimamente...	
230. Durante as últimas duas semanas, com que frequência a senhora foi incomodada pelos problemas listados a seguir?	(1) Nenhuma vez (2) Vários dias (3) Mais da metade dos dias (4) Quase todos os dias
230a. Sentir-se nervosa, ansiosa ou muito tensa	
230b. Não ser capaz de impedir ou controlar as preocupações	
230c. Preocupar-se muito com diversas coisas	
230d. Dificuldade para relaxar	
230e. Ficar tão agitada que se torna difícil ficar sentada	
230f. Ficar facilmente aborrecida ou irritada	
230g. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	
231. Nas últimas quatro semanas <desde <DIA> do mês passado pra cá>, a Sra. tomou pelo menos uma vez por dia algum desses medicamentos?	(0) Não (1) Sim
231a. Fluoxetina	
231b. Rivotril/Clonazepan	
231c. Sertralina	
231d. Diazepan	
Agora vamos falar um pouco sobre alguns hábitos de vida	
232. A Sra. fuma ou já fumou?	Não, nunca fumou (0)→[236] Já fumou (1) Sim fuma, quantos cigarros/dia? ____
233. Nos seis meses anteriores a esta gravidez a Sra. fumava?	Não (0)→[235] Sim (1)
233a. SE SIM: Quantos cigarros a Sra. costumava fumar por dia?	No. de cigarros fumados pré: ____

234. A Sra. fumou durante esta gravidez?	Não (0) → [236] Sim (1)		
234a. SE SIM: Até os 3 meses de gravidez a Sra fumou?	Não (0) Sim, alguns dias (1) Sim, todos os dias (2)		
234b. SE SIM: Quantos cigarros fumava por dia?	No. cigarros fumados/dia 0-3m: ____		
234c. SE SIM: E dos 4 aos 6 meses de gravidez a Sra fumou?	Não (0) Sim, alguns dias (1) Sim, todos os dias (2)		
234d. SE SIM: Quantos cigarros fumava por dia?	No. cigarros fumados/dia 4-6m: ____		
234e. E dos 6 aos 9 meses de gravidez a Sra fumou?	Não (0) Sim, alguns dias (1) Sim, todos os dias (2)		
234f. SE SIM: Quantos cigarros fumava por dia?	No. cigarros fumados/dia 7-9m: ____		
235. A Sra. costumava tomar bebida de álcool durante a gravidez?	Não (0) Sim, de vez em quando (1) Sim, todos os dias (2)		
236. A Sra. costumava tomar café durante a gravidez?	Não (0) Sim, de vez em quando (1) Sim, todos os dias (2)		
237. A Sra. costumava tomar chimarrão durante a gravidez?	Não (0) Sim, de vez em quando (1) Sim, todos os dias (2)		
238. Durante a gestação a Sra. chegou a usar alguma dessas substancias?	(0) Não	(1) Sim	(9) Não lembra
238a. Maconha?			
238b. Cocaína?			
238c. Crack?			
238d. Alguma outra substancia?			
BLOCO H – CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO, DA MAE, DO PAI E RENDA FAMILIAR			
Agora vamos conversar sobre o seu trabalho durante a gravidez			
239. A Sra. trabalhou durante a gravidez ou fez "somente" as lidas da casa?	Fez "somente" as lidas da casa (0) → 240 Sim, trabalhou fora ou para fora (1)		
239a. SE SIM: Durante quantos meses na gravidez a Sra. trabalhou?	Meses trabalhados: ____		
239b. Nesse período, quantos dias por semana a Sra. trabalhou?	Dias trabalhados: ____		
239c. Quantas horas por dia a Sra. trabalhava? ____ horas	Horas trabalhadas: ____		
239d. A Sra. trabalhava em pé? Quantas horas por dia?	Sim, total de horas por dia: ____ (00=se não trabalhava em pé)		
239e. A Sra. terá direito a licença maternidade?	Não (0) Sim, de quantos meses: ____		
Agora vamos conversar um pouco sobre o pai de <CRIANÇA> SE NÃO QUIER FALAR DO PAI → 244			
240. Quantos anos tem o pai de <CRIANÇA>?	Idade do pai: ____ (88=pai falecido/desconhecido; 99=IGN)		
241. Até que série ele completou na escola? (ver equivalência/1º E 2º grau/EFM)	Série: ____ Grau: ____		
242. Ele completou a faculdade?	Não (0) Sim (1)		
243. Ele está trabalhando no momento?	Não (0) Sim (1) Não sabe (9)		

Queria saber agora sobre hospitalização para ter o nenê		
244. A Sra. está hospitalizada pelo SUS, particular ou convênio?	SUS (1) Particular (2) Convênio (3)	
245. A Sra. está pagando alguma diferença em dinheiro pelo parto?	Não (0) Sim (1)	
246. A Sra. está pagando para o médico obstetra?	Não (0) →247 Sim (1)	
246a. SE SIM: Por quê a Sra. está pagando o obstetra?	Porque ele é particular (1) Para ligar as trompas (2) Porque ficou de sobreaviso (3) Outro (4)	
247. Durante esta gestação, a senhora teve, em algum momento, de recorrer a justiça para garantir algum tipo de tratamento, benefício ou cuidado?	Não (0) →249 Sim, e conseguiu (1) Sim, mas não conseguiu (2)	
247a. SE RECORREU (1 ou 2): Que tratamento, cuidado ou benefício foi buscado?	Medicamento (1) Exame/teste laboratorial (2) Cirurgia/Procedimento (3) Aparelho/Prótese (4)	
Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas a respeito da renda da família		
248. No mês passado, quanto receberam as pessoas da casa? [ARRENDONAR PARA DEZENA TODOS OS VALORES REFERENTE A RENDA] [APOSENTADORIA DOS PAIS OU DE OUTRA PESSOA DO DOMICILIO ENTRA NESTA PERGUNTA] [QUANDO NÃO HOUVER RENDA, COMPLETE COM "0, 00, ETC." NUNCA DEIXE EM BRANCO! PODE USAR UM "ZERO GRANDE" PARA TODOS	R1 (do pai): R\$ ____ . ____ R2 (da mãe): R\$ ____ . ____ R3 (pessoa 3): R\$ ____ . ____ R4 (pessoa 4): R\$ ____ . ____ R5 (pessoa 5): R\$ ____ . ____	
249. A família tem outras fontes de renda como aluguel?	Outra renda1: R\$ ____ . ____ Outra renda2: R\$ ____ . ____	
250. A Sra. ou alguém da sua casa recebeu Bolsa Família no mês passado?	Não (0) →251 Sim (1)	
250a. SEM SIM: Qual o valor que recebeu do Bolsa Família?	Outra rendaBF1: R\$ ____ . ____ Outra rendaBF2: R\$ ____ . ____	
251. Além disso, receberam mais alguma ajuda?	Não (0) Renda ajuda: R\$ ____ . ____	
252. Vocês têm carro?	Não (0) Sim, quantos? ____	
253. Vocês têm moto?	Não (0) Sim, quantas? ____	
Eu queria saber agora sobre a alimentação na sua casa...		
DESDE O <DIA> DO <MÊS [90 DIAS ATRÁS]> ATÉ HOJE....	Não (0)	Sim (1)
EP254a. ...os moradores do seu domicílio tiveram preocupação de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou ganhar/receber mais alimentos?		
EP254b.os alimentos acabarem antes que os moradores do seu domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?		
EP254c.os moradores do seu domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?		
EP254d.os moradores do seu domicílio comeram apenas alguns alimentos que ainda tinham por que o dinheiro acabou?		
DESDE O <DIA> DO <MÊS [90 DIAS ATRÁS]> ATÉ HOJE....	Não (0)	Sim (1)
EP254e.no seu domicílio a Sra. ou algum morador com 18 anos ou mais de idade deixou de fazer uma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida?		

EP254fno seu domicílio a Sra. ou algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez comeu menos do que devia porque não havia dinheiro para comprar comida?		
EP254g.no seu domicílio a Sra. ou algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez sentiu fome, mas não comeu, por que não havia dinheiro para comprar comida?		
EP254h.no seu domicílio a Sra. ou algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, fez apenas uma refeição no dia ou ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida?		
255.	E o seu marido/companheiro, ele está trabalhando?	Não, não está trabalhando (0) →256 Sim (1) NSA (Não tem compenheiro) (8) →257	
255a.	E o seu companheiro, ele também terá direito a licença maternidade?	Não (0) →257 Autônomo (77) Sim, quantos dias: ____	
256.	SE O MARIDO ESTÁ DESEMPREGADO: Ele está procurando emprego?	Não (0) Sim (1)	
256a.	SE SIM: Há quanto tempo ele está procurando emprego?	Ano: __ Meses: __ __	
257.	Na sua casa trabalha empregada doméstica?	Não (0) Sim (1)	
258.	Na sua casa trabalha diarista?	Não (0) Sim (1)	
259.	A Sra. ou seu companheiro tem alguma conta/dívida em atraso?	Não (0) Sim (1)	
259a.	SE SIM: É conta de água ou luz que está em atraso?	Sim, conta de luz (1) Sim, conta de água (2) Sim, conta de luz e de água (3) Outra (4)	
259b.	A Sra. está no SPC ou no Serasa?	Não (0) Sim (1)	
259c.	O seu marido/companheiro está no SPC ou no Serasa?	Não (0) Sim (1) NSA (8) IGN (9)	
Agora o nosso assunto é doação de órgãos			
AD260.	A Sra. já ouviu falar de doação de órgãos?	Não (0)→266 Sim (1)	
AD260a.	SE SIM: Para que serve a doação de órgãos?	Para doar os órgãos de alguém que morreu para outra pessoa (1) Outra resposta (2) Não sabe (9)	
AD261.	Em relação a doação de órgãos, a Sra. é:	A favor (1) Contra (2) →262 Não sabe/Não tem opinião formada ainda (3)	
AD261a.	SE A FAVOR: Por que a Sra. é a favor?	Porque salva vidas (1) Porque serão inúteis no meu corpo (2) Poque conheço pessoas que receberam órgãos e estão vivas (3) Porque pode ajudar alguém próximo (4) Porque minha religião permite e incentiva (5) Outra resposta: _____	
AD261b:	SE A FAVOR. A Sra. já registrou ou informou algum familiar que gostaria de doar os seus órgãos?	Sim, já registrei/documentei (1) Sim, já informei a familiar que gostaria de doar (2) Ainda não documentei nem informei familiar (3) Não sabia que precisava documentar/autorizar familiar (4)	

AD261c: SE RESPONDEU (3): Por que ainda a Sra. não registrou nem informou algum familiar que gostaria de doar seus órgãos?	Porque fico com medo (1) Por falta de tempo (2) Porque esqueci (3) Porque meus órgãos tem problemas/doença (4) Outra resposta: _____
AD261d: SE NA AD263 RESPONDEU QUE É CONTRA DOAR: Por qual motivo a Sra. é contra a doação de órgãos?	Por motivo religioso (1) Podem acelerar minha morte para tirar órgãos (2) Porque tenho medo (4) Porque eles podem vender os meus órgãos (5) Não concordo que mexam no meu corpo (6) Não confio na equipe médica (7) Por falta de conhecimento suficiente (8) Pode ser muito demorado isso (9) Medo de que a pessoa ainda esteja viva (10) Nunca pensei nisso (11) Outro motivo: _____
AD262. Se a Sra. tivesse que decidir sobre a doação de órgão de algum familiar, a Sra. seria...	A favor (1) Contra (2) Não sabe/Não tem opinião formada ainda (3)
AD263. A Sra. conhece alguém que doou algum órgão?	Não (0) Sim (1) Não sabe/Não lembra (9)
AD264. E que recebeu algum órgão, a Sra. conhece?	Não (0) Sim (1) Não sabe/Não lembra (9)
AD265. A Sra. acredita/confia que esta lista única de espera para receber órgão é respeitada?	Não (0) Sim (1) Mais ou menos (2) Não sabe (9)
BLOCO I - EXAMES DA MÃE NO PRÉ-NATAL	
Eu gostaria de ver a sua carteira de pré-natal para anotar alguns dados	
266. A Sra. está com a sua carteira de pré-natal aqui no hospital?	Não (0) → 286 Sim (1)
De posse da carteira, copie os seguintes dados:	
267. Data da última menstruação:	___/___/___ (11/11/11= Em branco)
268. Data da primeira consulta de pré-natal	___/___/___
269. Data da última consulta pré-natal:	___/___/___
270. Número de consultas de pré-natal realizadas segundo a Carteira da Gestante	Total: ___
Exame físico da mãe enquanto gestante	
271. Número de vezes na gestação em que... (00=Não fez; 99=IGN)	Foi pesada: ___ Teve a pressão arterial verificada: ___ Teve a altura uterina medida: ___ Batimento cardíaco fetal avaliado: ___
IM272a. Peso referido como anterior à gravidez:	___, ___ kg
IM272b. Primeiro peso anotado na Carteira	___, ___ kg
IM272c. Data desta primeira pesagem	___/___/___

IM272d. Último peso anotado na Carteira	_____ kg
IM272e. Data desta última pesagem	____/____/____
273. Número de vezes em que a pressão arterial esteve maior ou igual a 140/90	_____
274. Número de vezes na gestação em que realizou... (00=Não fez; 99=IGN)	Hemograma (Hematócrito-HCT/Hemoglobina-Hb): ____ Glicemia de jejum (GJ): ____ Exame de urina (EQU ou EAS): ____ Exame de sífilis (VDRL): ____ Anti-HIV: ____ Hepatite B (HBsAg): ____ Hepatite C (anti-HCV): ____ Ultrassonografia pélvica (US): ____
275. Valor da hemoglobina:	Primeira: _____ Última: _____
276. Valor da glicemia:	Primeira: _____ Última: _____
277. Tomou vacina contra Influenza (gripe):	Não (0) Sim (1) NSA (8)
278. Tríplce Bacteriana (dTpa-Difteria, Tétano e Coqueluche):	Não (0) Sim (1) 1ªR (2) 2ªR (3) NSA (8)
279. Hepatite B:	Não (0) Sim (1) 1ªR (2) 2ªR (3) NSA (8)
280. Grupo RH:	Positivo (1) Negativo (2)
IM281a. Altura da mãe no cartão	Anotada no cartão da gestante: _____
IM281b. Altura da mãe (por elea referida)	Informada pela mãe: _____
282. Número de exames de ultrassom foram realizados	Exames: _____
282a. Data do primeiro ultrassom realizado: (DAR PREFERÊNCIA PARA ULTRA-SOM REALIZADOS ENTRE A 6ª E A 20ª SEMANA DE GESTAÇÃO)	____/____/____
282c. Idade gestacional estimada neste primeiro ultrassom realizado:	____, ____ semanas
EM CASO DE NATIMORTO OU ÓBITO DO RN ENCERRE O QUESTIONÁRIO	
BLOCO J – EXAME FÍSICO DO RECÉM-NASCIDO	
283. Sexo do RN	Masculino (0) Feminino (1)
284. Comprimento	____, ____ cm

285. Perímetro cefálico	___, ___ cm
286. Perímetro torácico	___, ___ cm
287. Capurro	Semanas: ___, __

BLOCO K – DADOS PARA CONTATO

Neste momento, lembrar a mãe de que este é um estudo de acompanhamento e que nós gostaríamos de falar com ela de novo dentro de alguns meses. Para isso, precisamos de informações detalhadas de endereço e telefone. Lembrar que estes dados serão usados EXCLUSIVAMENTE para futuros contatos e apenas os coordenadores do projeto terão acesso a eles.

288. Repita aqui o nome completo da mãe do RN (maiúsculas sem acento):

289. Nome que a mãe pretende dar para o RN (maiúsculas sem acento):

290. A Sra. mora onde em Rio Grande?

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| (1) Rio Grande, centro | (2) Rio Grande, bairro: _____ | |
| (3) Cassino | (4) Bolaxa | (5) Povo Novo |
| (6) Quinta | (7) Parque Marinha | (8) Ilha dos Marinheiros |
| () Outra área rural: _____ | | |

291. Qual o seu endereço completo? _____

292. Ponto de referência: _____

293. Se a Sra. tem telefone em casa, qual o número? _____ - _____
(9-9 = não tem telefone)

294. A Sra. ou alguém da casa tem telefone celular? (0) não (1) Sim, ela (2) Sim, outro

295. Nome da pessoa: _____ Relação com a mãe: _____

296. Qual o número deste telefone celular? _____ - _____

297. Este número de celular funciona também como whatsapp? (0) não (1) sim

298. A Sra. pretende ficar morando nesta casa nos próximos meses ou vai morar noutra casa?
(1) vai morar na mesma casa (2) vai morar noutro lugar

SE VAI MUDAR DE ENDEREÇO:

299. Qual o endereço para onde a Sra. vai? _____

Bairro: _____ CEP: _____

300. Ponto de referência: _____

301. Número do novo telefone: _____ - _____ (9-9=não tem telefone)

302. A Sra. poderia nos fornecer o endereço do seu trabalho ou do seu companheiro trabalho de algum outro familiar?

MUITO OBRIGADO PELA ENTREVISTA.

APÊNDICE D: Questionário DIU Pós Placentário

DIU PÓS PLACENTÁRIO		CODIFICAÇÃO
01. ENTREVISTADORA	(1) LETÍCIA (2) SOFIA	1 ___
02. PACIENTE		2 ___
03. IDADE ___ ANOS		3 ___
04. N° GESTAÇÕES		4 ___
05. DIU	(1) PÓS PARTO (2) PÓS CESARIANA	5 ___
06. DATA DA INSERÇÃO:	___/___/___	6 ___/___/___
07. PRESENÇA DO DIU	(1) PERMANECE (2) EXPULSOU (3) RETIROU	7 ___
08. SE RETIROU	(1) A PEDIDO (2) MAL POSICIONADO	8 ___
09. COLOCOU OUTRO	(1) SIM (2) NÃO	9 ___
10. QUEIXAS	(10.1) CÓLICA (10.2) AUMENTO DO SANGRAMENTO (10.3) DISPAREUNIA (10.4) CORRIMENTO	10.1 ___ 10.2 ___ 10.3 ___ 10.4 ___
11. VISUALIZAÇÃO DO FIO DO DIU	(1) SIM (2) NÃO	11 ___
12. DATA ECO :	___/___/___	12 ___/___/___
13. RESULTADO ECO	(1) TÓPICO (2) MAL POSICIONADO (8) NÃO SE APLICA	13 ___

ANEXO

ANEXO 1: Parecer CEPAS nº5.849.082 – CAAE nº 65063722.9.0000.5324



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Evolução da assistência à gestação e ao parto no município de Rio Grande, RS: inquérito perinatal de 2023

Pesquisador: JURACI ALMEIDA CESAR

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 65063722.9.0000.5324

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.849.082

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.

Bairro: Campus Carreiros

CEP: 96.203-900

UF: RS

Município: RIO GRANDE

Telefone: (53)3237-3013

E-mail: cep@furg.br